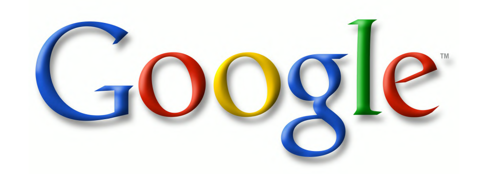
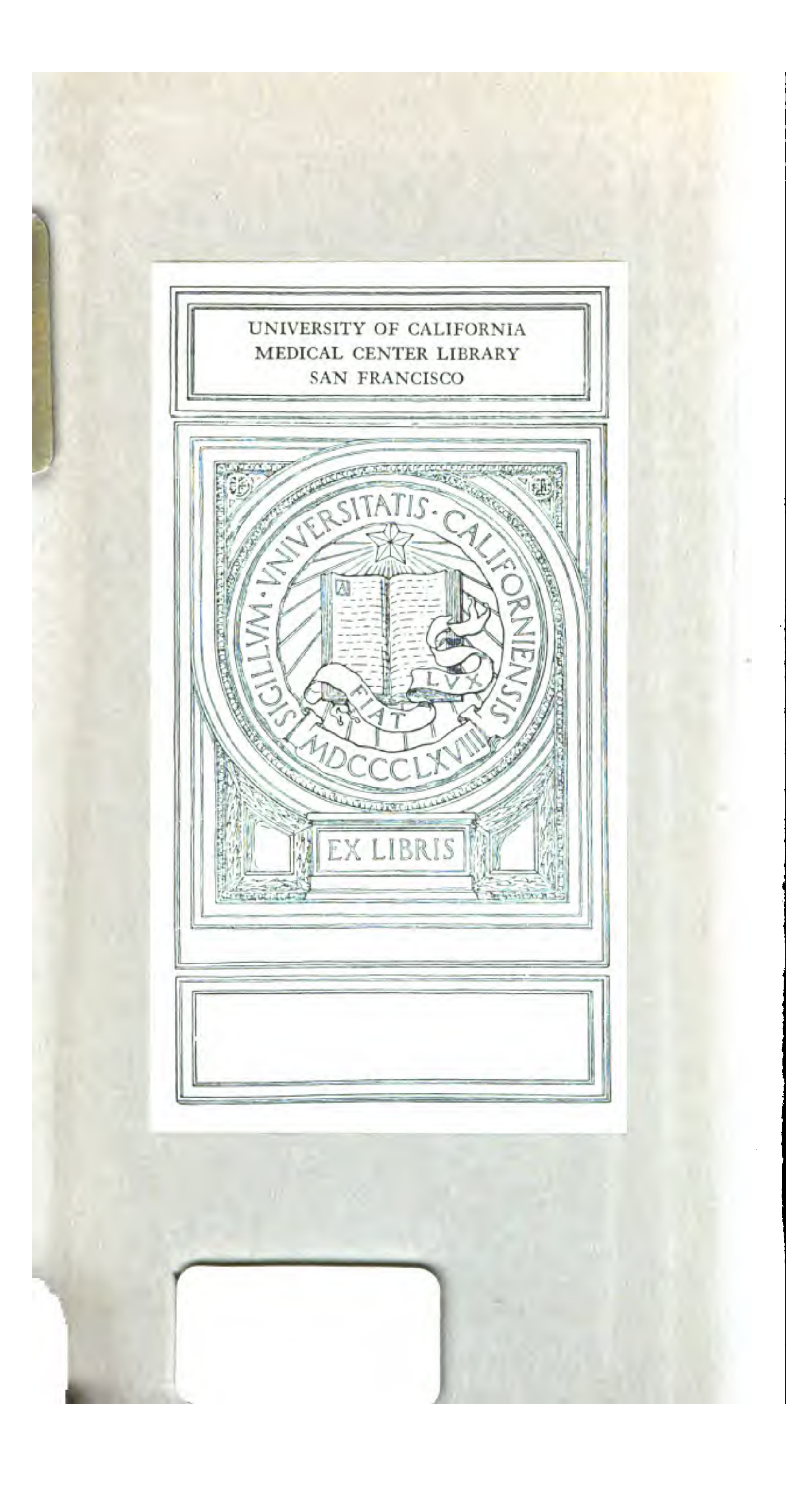





UNIVERSITY OF CALIFORNIA
MEDICAL CENTER LIBRARY
SAN FRANCISCO
SIGILLVM · VNIVERSITATIS · CALIFORNIENSIS
FIAT LVX
MDCCCLXVIII
EX LIBRIS



ARCHIVES GÉNÉRALES

DE MÉDECINE.

ARCHIVES GÉNÉRALES

DE

MÉDECINE;

JOURNAL

PUBLIÉ

PAR UNE SOCIÉTÉ DE MÉDECINS,

COMPOSÉE DE MEMBRES DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE, DE PROFESSEURS, DE MÉDECINS ET DE CHIRURGIENS DES HÔPITAUX CIVILS ET MILITAIRES, etc.

7.me ANNÉE. — TOME XXI.

A PARIS,

CHEZ BÉCHET jeune, Libraire de l'Académie Royale de Médecine, place de l'École de Médecine, n° 4;
MIGNERET, Imprimeur-Libraire, rue du Dragon, n° 20.

1829.

COLLABORATEURS.

Les Auteurs qui jusqu'ici ont fourni des travaux aux ARCHIVES, ou se sont engagés à en fournir, sont MM. : ADELON, profess. à la Fac. de Méd.; ANDRAL fils, prof. à la Fac.; BABINET, prof. de phys.: BÉCLARD, prof. à la Fac.: BLACHE, D. M.: BIETT, méd. de l'hôpital Saint-Louis : BILLARD, D. M. : BLANDIN, chir. du Bureau cent. des hôpit. : BOUILLAUD, D.-M. : BOUSQUET, memb. de l'Acad. : BRESCHET, chir. ordinaire de l'Hôtel-Dieu : BRICHETEAU, memb. de l'Acad. : CHOMEL, prof. à la Fac. : J. CLOQUET, chir. de l'hôp. St.-Louis : H. CLOQUET, memb. de l'Ac. : COSTER, D.-M. : COUTANCEAU, méd. du Val-de-Grâce : CRUVEILHIER, professeur à la Fac.: CULLERIER, chir. de l'hôp. des Vénér. : DANCE, agrégé à la Fac. : DEFERMON, D.-M. : DESMOULINS, D.-M. : DESORMEAUX, prof. à la Fac.: DEZEIMERIS : P. DUBOIS, chir. de la Maison de Santé : DUDAN, D.-M. de la Fac. de Wurtzbourg: DUMERIL, memb. de l'Inst.; DUPUYTREN, chirurg. en chef de l'Hôtel-Dieu ; EDWARDS, D.-M. : ESQUIROL, med. en chef de la maison d'Aliénés de Charenton: FERRUS, méd. de Bicêtre: FLOURENS, D.-M. : FODERA, D.-M. FOUQUIER, prof. à la Fac. : GENEST, D. M, chef de clin. à l'Hôtel-Dieu : GEOFFROY-SAINT-HILAIRE, membre de l'Institut. GEORGET, memb. de l'Acad.: GERDY, chirurg. de la Pitié : GOUPIL, D.-M. attaché à l'hôp. milit. de Strasbourg : GUERSENT, méd. de l'hôp. des Enfans : DE HUMBOLDT, membre de l'Institut : HUSSON, méd. de l'Hôtel-Dieu : ITARD, méd. de l'Institution des sourds-muets : JULIA FONTENELLE, prof. de chimie : LAENNEC, prof. à la Fac. : LAGNEAU, memb. de l'Acad. : LALLEMAND, prof. à la Faculté de Montpellier : LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen de la Fac. : LEBIDOIS, D.-M. : LISFRANC, chirurg. en chef de l'hôpital de la Pitié : LONDE, memb. de l'Acad. : LOUIS, memb. de l'Acad. : MARC, membre de l'Acad. : MARJOLIN, prof. à la Fac. : MARTINI, D.-M. : MENIÈRE, D.-M. : MIRAULT, D.-M. : MURAT, chirurg. en chef de Bicêtre : OLLIVIER, memb. de l'Acad. : ORFILA, prof. à la Fac.; OUDET, D.-M.-Dentiste, memb. de l'Acad.: PINEL, membre de l'Institut : PINEL fils, D.-M. : RAIGE-DELORME, D.-M. RATIER, D.-M. : RAYER, méd. de l'hôp. Saint-Antoine : RICHARD, prof. de botanique : RICHERAND, prof. à la Fac. : RICHOND, D.-M., aide-major à l'hôpital milit. de Strasbourg : ROCHE, memb. de l'Acad. : ROCHOUX, memb. de l'Ac. : RULLIER, méd. de la Charité : ROSTAN, méd. de la Salpêtrière : ROUX, prof à la Fac. : SANSON, chir. en second de l'Hôtel-Dieu : SCOUTETTEN, D.-M. attaché à l'hôpit. milit. de Metz : SÉGALAS, memb. de l'Acad.: SERRES, chef des travaux anatomiques des hôpitaux civils de Paris : TROUSSEAU, agrégé à la Faculté : VAVASSEUR, D.-M. : VELPEAU, agrégé à la Faculté, chir. du Bureau central des hôpitaux, etc. etc.

MÉMOIRES

ET

OBSERVATIONS.

SEPTEMBRE 1829.

Aperçu des découvertes faites en anatomie pathologique durant les trente années qui viennent de s'écouler, et de leur influence sur les progrès de la connaissance et du traitement des maladies; par J. E. DEZEIMERIS. (III.e article.)

De l'Apoplexie.

Il a été question plusieurs fois dans l'article précédent, sur l'inflammation du cerveau et les principales altérations qu'elle entraîne à sa suite, de la perte plus ou moins complète du sentiment, et de la paralysie partielle ou générale. Nous avons donc traité, au moins en partie, de ce que tous les nosologistes du dernier siècle, et un bon nombre de ceux qui vivent encore, désignent sous le nom d'apoplexie. Nous ne voulons parler en ce moment que de l'hémorrhagie interstiticielle du cerveau (1). Ce n'est pas

(1) Est-il nécessaire de faire remarquer combien est impropre le nom d'apoplexie, pris dans cette acception particulière, et combien il est ridicule quand on l'emploie pour désigner une altération analogue dans un autre organe que le cerveau? Nous avons dû nous en servir, parce que, dans les sciences, la nomenclature est elle-même

ici le lieu de discuter la question de savoir si les maladies comateuses, dysaesthétiques, paralytiques, considérées sous un point de vue plus philosophique que celui qui n'envisage que leurs apparences extérieures, obligent le pathologiste à les distinguer en plusieurs classes essentiellement différentes, ou l'autorisent à n'y voir que des variétés plus ou moins distinctes d'une affection identique dans sa nature; nous n'examinerons même pas, pour le moment, si c'est à l'anatomie pathologique qu'il faut demander la solution de ce problême; quelque opinion qu'on ait à cet égard, on jugera sans doute que l'esprit et la méthode de la science dont nous étudions les progrès permettent ou prescrivent peut-être de classer à part les recherches sur l'apoplexie, et que l'importance de ces recherches, au moins pour le diagnostic, en réclame une exposition particulière.

Si l'on veut apprécier avec impartialité les progrès de l'anatomie pathologique dans la connaissance de l'hémorrhagie cérébrale depuis trente années, et déterminer avec précision l'influence de ces progrès sur ceux de la médecine pratique, il est juste de ne comparer les notions acquises sur cette hémorrhagie qu'avec celles qu'on s'étaît faités avant cette époque sur l'apoplexie sanguine. Long-temps avant le milieu du dernier siècle, Fréd. Hoffmann, éclairé par les observations de Wepfer et les siennes propres, considérait cette espèce d'apoplexie comme une affection distincte de toute autre, en traitait dans une section à part, et lui assignait, sous le titre d'*Hæmorrhagia cerebri*, les caractères suivans : *Apoplexia quæ ab*

---

de l'histoire. Et à ce propos, nous placerons ici une remarque qu'on aurait bien souvent occasion de répéter : c'est que, pour juger sans illusion du progrès des connaissances, il faut d'abord faire la part de ce qui n'est qu'un changement d'acception dans la valeur des mots.

effusione cruoris in cerebro ex ruptis ibì, citrà violentiam externam, vasculis, oritur, et subitò fonctiones animales et vitales quoque pessumdat et extinguit. (*Opp. omn.*, t. II, p. 240.)

Morgagni mit bien plus de précision qu'on n'avait fait avant lui dans la description de l'hémorrhagie cérébrale. Il détermina, avec une exactitude que les observations ultérieures ont confirmée, le siége le plus ordinaire de la maladie. Quoique moins avancé sur ce point que Brunner, Zeller et Camerarius, il donna une description exacte des cavernes qu'on trouve chez les sujets frappés autrefois d'apoplexie, et dont le nombre égale celui des attaques qu'ils en ont éprouvées.

La fin du siècle n'ajouta rien d'important aux travaux de l'illustre anatomiste de Padoue. Leurs résultats passèrent dans les traités généraux de médecine; dans ceux de Borsieri et de J. P. Frank, par exemple; mais beaucoup moins, il faut le dire, dans ceux qui parurent en France.

Jean Hunter pourrait bien être le premier qui ait observé le ramollissement de la substance cérébrale dans l'endroit où s'opère l'hémorrhagie. Baillie, qui rapporte cette remarque (1), ne dit point à quelle époque son maître l'avait faite. Est-ce ce dernier, ou le disciple lui-même, à qui l'on dut de savoir que, chez la plupart des apoplectiques, les vaisseaux du cerveau sont rendus friables par le dépôt entre leurs tuniques d'une matière terreuse ou osseuse (2)? Il pensait que, sans cette altération, les hémorrhagies cérébrales seraient bien moins fréquentes.

Nous passerons sous silence plusieurs ouvrages publiés depuis le commencement du siècle avec la prétention

---

(1) Baillie. *Anat. pathol.* 1803, p. 433.
(2) Baillie. *Anat. pathol.* p. 433.

d'enseigner du nouveau, mais ne contenant rien qui ne se trouve avec autant ou plus d'exactitude et de précision dans des productions antérieures. Qu'on ne prenne point pour un oubli de notre part de ne pas trouver ici même une simple indication de plusieurs ouvrages sur l'apoplexie dont nous ne contestons point l'importance; mais qui n'appartiennent qu'à l'histoire de la pathologie ou de la thérapeutique, et nullement à celle des progrès de l'anatomie pathologique. Dans l'ouvrage de M. Prost (1), publié en 1804, on trouve des remarques intéressantes sur la fréquente liaison des irritations gastro-intestinales avec l'apoplexie, et des observations, qui pouvaient encore passer pour neuves à cette époque, sur le ramollissement et les cavernes apoplectiques (2).

Ces cavernes, et même les cicatrices qui succèdent à leur oblitération, étaient bien connues de Marandel. Ce médecin, enlevé trop tôt à la science qu'il promettait d'enrichir, aurait sans doute décrit avec détail ces lésions du cerveau, s'il avait eu à traiter ce sujet d'une manière spéciale; mais ce n'est qu'indirectement qu'il a eu occasion d'en parler, et voici ce qu'on lit dans sa dissertation inaugurale (3) : « .....L'épanchement est peu-à-peu resserré sur lui-même par la concrétion du liquide qui le forme; les parois du foyer, qu'on voyait d'abord rouges,

---

(1) *Médecine éclairée par l'observation et l'ouverture des corps.* Paris, 1804, in-8.°, 2 vol.

(2) « On trouvait, à la partie postérieure de l'hémisphère droit, une cavité de la grandeur d'une petite noix, remplie de sérosité rousse, laquelle était logée dans la substance médullaire et dans la corticale, desquelles une espèce de kyste très-mince la séparait; il semblait se continuer avec la pie-mère à la partie postérieure de la scissure de Sylvius : le cerveau avait dans cet endroit la même fermeté que dans le reste de son étendue; seulement, dans tout le contour de cette cavité, sa couleur était jaunâtre. »

(3) Marandel. *Essai sur les irritations.* Paris, 1807, in-4.° p. 67.

présentent une couleur jaune très-marquée; elles se rapprochent à mesure que le liquide diminue, au point de ne présenter, dans un temps plus ou moins long, que des parois de cavité qui se réunissent, et on ne trouve dans ce lieu qu'une tache jaune. J'ai trouvé quelquefois dans ces cavités un liquide légèrement jaune, sans saveur ni odeur, et toujours en très-petite quantité. »

Si l'on rapproche de ce qui précède quelques vues pathologiques consignées dans la thèse que nous avons citée ailleurs de P. A. Dan de la Vauterie (1), on aura un résumé à-peu-près complet de l'état de la science en 1807.

J'ignore pourquoi on n'a point cité au nombre de ceux qui ont contribué à porter le diagnostic et l'anatomie pathologique de l'hémorrhagie cérébrale au point où on les voit aujourd'hui, l'auteur d'une excellente *Dissertation sur l'apoplexie sanguine*, soutenue à Paris le 30 mai 1811. M. Jean Rivière a su faire entrer dans un petit nombre de pages beaucoup plus de remarques neuves qu'on n'en trouve dans de gros ouvrages publiés à la même époque, et assez de faits pour servir de base aux opinions qu'il voulait établir. C'est de ces observations qu'il fait sortir, par une rigoureuse analyse, les caractères extérieurs, *constans*, ou *variables*, auxquels on reconnaît la maladie, et l'énoncé des lésions intérieures qui la constituent. En voici le résumé :

A. Invasion brusque, instantanée; perte plus ou moins complète de connaissance qui peut aller jusqu'à la stupeur la plus profonde; résolution d'un des côtés du corps, de la langue au moins, ou de tous les membres.

Pouls fréquent ou rare, petit ou grand, fort ou faible, dur ou mou.

---

(1) *Dissertation sur l'apoplexie*, considérée spécialement comme l'effet d'une phlegmasie de la substance cérébrale. Paris, 1807, in-4.

Respiration stertoreuse, ou seulement peu gênée, ou naturelle.

Visage rouge, ou pâle, verdâtre, ou violet, jaune, livide; pupilles immobiles, contractées ou dilatées, le plus souvent mobiles.

B. Les symptômes que l'on observe dans l'apoplexie reconnaissent pour cause un épanchement de sang à l'extérieur du cerveau ou dans sa propre substance, produit par un déchirement des vaisseaux avec altération plus ou moins profonde de la pulpe cérébrale.

M. Rivière regardait dans tous les cas l'épanchement de sérosité (lorsqu'il existait avec l'apoplexie) comme consécutif, et très-analogue à ceux que l'on voit dans la poitrine ou dans l'abdomen, à la suite d'une lésion organique de quelques-uns des viscères de ces cavités.

Tous ces résultats sont plus précis, plus fixes que ceux qu'on avait donnés jusqu'alors.

Si quelqu'un peut se flatter d'y avoir encore ajouté, c'est assurément M. Rochoux. Dans sa thèse, d'abord, soutenue en 1812, puis dans ses *Recherches sur l'apoplexie*, si connues et si dignes de l'être, il marqua, dès 1813, les limites qu'on n'a guère dépassées depuis. C'est là qu'on trouve, pour la première fois, l'histoire complète du ramollissement du cerveau, considéré comme condition immédiate, nécessaire, de l'hémorrhagie. Nous avons indiqué ailleurs (1) la description que l'auteur donne de ce genre de lésion. Il réussit, et ce devait être, mieux que Dan de la Vauterie et Rivière, à établir comme un principe qui ne souffre que de rares exceptions, que des signes constans, et facilement reconnaissables, correspondent toujours aux lésions qu'il avait si bien décrites, et que l'hémorrhagie cérébrale ne doit être confondue,

---

(1) *Voyez* l'article précédent.

par la communauté de nom, avec aucune autre maladie (1). M. Rochoux décrivit encore, mieux qu'on n'avait fait avant lui, les cavernes apoplectiques; mais c'est Riobé (2) qui fit le mieux connaître tout ce qui se rapporte à leur formation, au développement de la membrane qui les tapisse, et aux changemens successifs qui s'opèrent dans leur intérieur (3).

La thèse de M. E. Moulin (4), soutenue en 1819, résume avec précision les observations antérieures, et les confirme par celles de l'auteur, mais n'enrichit l'anatomie pathologique d'aucune acquisition nouvelle. Vers la même époque parut un travail qui semblait devoir refaire à neuf toute la science. Renverser d'abord le principe qui servait de base à toute doctrine pathologique de l'apoplexie; dépouiller de toute importance la circonstance principale de la maladie, sur laquelle on eût jusqu'alors fondé le diagnostic; reconnaître à des signes spéciaux,

---

(1) C'était là, sans doute, le moment de substituer une dénomination particulière au nom d'apoplexie, qui sera long-temps une source de méprise ou de discussions oiseuses.

(2) *Observations propres à résoudre cette question : l'apoplexie dans laquelle il se fait un épanchement dans le cerveau, est-elle susceptible de guérison ?*

(3) Les conclusions de sa thèse sont : 1.° que l'apoplexie dans laquelle le sang s'épanche au milieu du cerveau est susceptible de guérison 2.° Qu'il se développe quelquefois une membrane particulière autour du sang épanché. 3.° Que cette membrane sécrète un fluide séreux qui baigne et dissout le sang épanché. 4.° Que le sang ainsi dissous est résorbé par les vaisseaux de la membrane accidentelle, et qu'il finit par être repris en entier. 5.° Qu'un grand nombre de paralysies, dont le sang épanché dans le cerveau est la cause matérielle, disparaissent peu à peu, à mesure que ce liquide est résorbé.

(4) *Dissertations sur l'apoplexie, ou hémorrhagie cérébrale*, considérations nouvelles sur les hydrocéphales, description d'une hydropisie cérébrale particulière aux vieillards. Paris, 1819, in-4.° et in-8.°

sur le vivant, si l'affection avait pour siége les méninges, le cerveau, ou le cervelet; déterminer la partie de chacun de ces organes, le point précis de cette partie qui était affecté, et à quel degré : ce n'était là qu'une partie des merveilles annoncées dans le mémoire de M. Serres (1). Et qu'on ne croie point qu'il s'agisse de vues théoriques établies sur les espérances de l'avenir bien plus que sur l'expérience du passé : tout ce que M. Serres exposait, il l'avait vu; toutes ses distinctions, il les avait faites dans sa pratique vant de les exposer dans son mémoire. Dans je ne sais combien de centaines d'apoplectiques qu'il avait vus, dans une foule d'expériences auxquelles il avait soumis des animaux des diverses classes, il avait rencontré ou produit des cas de toutes les espèces. Pour arriver à de tels résultats, il fallait, dit J. P. Frank, du ton de l'incrédulité, il fallait véritablement des yeux de lynx; et comme l'auteur ne pouvait communiquer les siens en même temps que ses observations, les médecins qui ont voulu vérifier ces dernières n'ont pu voir ce qu'avait vu M. Serres. MM. Jean Jacques Tallard (2) et Magendie répétèrent ses expériences sur des animaux, et obtinrent des résultats opposés; des observateurs fort exercés eurent occasion de mettre à l'épreuve les caractères distinctifs de quelques apoplexies, non tels sans doute que les saisissait le tact médical de M. Serres, mais tels qu'il les avait exposés, ils les trouvèrent en défaut; des lecteurs scrupuleux voulurent remonter aux sources indiquées par

(1) *Essai d'une nouvelle division des apoplexies*, dans l'*Annuaire médico-chirurgical des hôpitaux de Paris*. Paris, 1817, in-4.° *Recherches sur les maladies organiques du cervelet*, dans le *Journal de physiologie de* M. Magendie. Tome II, pages 172 et 249.

(2) *Considérations sur la nature de l'apoplexie, suivies de quelques réflexions sur le traitement de cette maladie*; thèse soutenue à la Faculté de Médecine de Paris le 30 décembre 1820.

M. Serres, et étudier dans les originaux les observations qu'il avait empruntées à divers auteurs, ils les y trouvèrent quelquefois un peu différentes de ce qu'elles étaient dans l'*Annuaire des hôpitaux;* et quand M. Serres les avait traduites d'une langue étrangère, ils entendirent assez souvent le texte un peu autrement que lui.

Quoi qu'il en soit de ces dissidences, que l'histoire doit faire connaître, mais dont nous ne saurions dévoiler les causes, le mémoire de M. Serres doit fixer l'attention de tous les praticiens, et provoquer de leur part des recherches sur toutes les questions qu'il soulève. Est-il vrai, par exemple, que la compression qu'exerce sur le cerveau la matière d'un épanchement sanguin, opéré subitement, ne soit pour rien dans la détermination de l'état comateux d'un apoplectique? L'assertion qu'en donne M. Serres a trouvé un adhérent dans Abercrombie (1), mais autant d'opposans que de médecins qui ont eu occasion d'en parler, soit en France soit à l'étranger, celui-là seul excepté.

Les dix années qui viennent de s'écouler n'ont point été, pour l'objet qui nous occupe, une époque stérile; on a publié une multitude d'observations d'apoplexies : les recherches sur le ramollissement inflammatoire du cerveau ont jeté du jour sur la pathologie des hémorrhagies de ce viscère, et nous l'avons déjà dit ailleurs; plusieurs dissertations intéressantes sur l'apoplexie (2) ont vu le jour dans l'intervalle de temps dont nous parlons; mais nous n'y trouvons rien qui puisse arrêter les regards de celui qui n'y cherche que des découvertes d'anatomie pathologique.

---

(1) *Pathol. and pract. research. on diseas. of the brain and spin.* Edimbourg, 1828, in-8.° 2.e part.

(2) Nous citerons, par exemple, la suivante : *Essai sur l'apoplexie*, thèse soutenue le 7 août 1823 par J. G. Vitry. Beaucoup d'autres sont intéressantes, mais sous d'autres rapports que celui de l'anatomie pathologique.

faite par ce médecin, de l'existence constante d'un chement dans le canal rachidien, en même temps dans les ventricules du cerveau. Coindet est un de qui ont le mieux reconnu la nécessité de ne point b ses investigations au cerveau et à ses dépendances, d'examiner scrupuleusement les autres viscères. Il a des altérations du système lymphatique du foie mésentère, comme d'un objet qui mérite de fixer tention des observateurs. Il signale comme un fai moins remarquable, un épanchement dans le péric dont on n'a souvent aucun motif de soupçonner tence, mais qui s'est quelquefois annoncé par une leur remarquable dans la région du cœur.

Coindet n'a vu souvent dans l'arachnoïde, soit brale, soit ventriculaire, aucune trace de lésion conque; il n'y a trouvé de légères traces d'inflamr ou de toute autre altération, que dans les endro correspondaient à la substance cérébrale elle-mêm rée. Les lésions de cette substance sont bien plus munes; elles consistent en un ramollissement p moins considérable qui peut approcher d'une entiè sorganisation. Coindet a plus insisté qu'on n'ava avant lui, sur un véritable travail de résorptio s'exerce sur la substance cérébrale elle-même, et l'extrême amincissement de cette substance, plu fois observé, ne permet guères de douter. On trouv des lésions d'un autre ordre dans le cerveau, qui so causes déterminantes, mais non constitutives, de drocéphale, tels que des kystes, des tubercul autres altérations organiques chroniques.

---

en dirons autant d'une foule d'articles, d'ailleurs intéressans, dus dans les Journaux, et particulièrement dans la *Bibli Britannique*.

les circonvolutions du cerveau, et distendait les ventricules.

S'il est permis d'en juger par le savant Traité de médecine-pratique, où J. Frank résume tous les travaux importans de ses prédécesseurs, l'auteur d'une monographie de l'hydrocéphale, classique en Allemagne (Goelis, 1815), n'a rien ajouté par lui-même aux notions anatomico-pathologiques acquises jusqu'alors (1). Il faut arriver jusqu'à Coindet (2) pour voir l'histoire anatomique de l'hydrocéphale s'enrichir de quelques observations nouvelles (3). On peut citer comme telle la remarque

---

(1) Voici, d'après J. Frank, le tableau de toutes les lésions observées (jusqu'en 1816). *Cadavera ex hydrocephalo acuto defunctorum exhibere solent : maculas cæruleas, livores ad caput, dorsum, pectus et brachia.* (Ludwig). — *Suturas coloratas.* (Goelis). — *Integumenta capitis incisa plus soluto cruore manantia, — copiosum sæpè serum mox adaperto cranio prosiliens, — tale extravasatum sub arachnoïdeâ, circà tentorium et foramen occipitale, quin etiam ad ipsum columnæ vertebralis initium, — piam matrem cum vasis sanguiferis ac si atre injecta essent, nonnunquàm meninges crassiores inter se cohærentes, cum lympha coagulabili aliisque prægressæ inflammationis notis, alias, præter vasorum sanguiferorum turgorem, ac extravatum, nil quod de prævio processu inflammatorio testaretur, — cerebri substantiam mollem, flaviusculam, punctis rubris insignitam, — sinus plerumque vacuos, ventriculos cerebri anteriores, sæpè volumine quàm maximè auctos, sero ad plures uncias repletos, aliquandò serum in alterutro solum horum ventriculorum, — rarius in ventriculo tertio et quarto* (Odier, Wensel, J. Frank.) — *Plexus choroïdes pallidos, granosos, extenuatos, turgidos, sæpè cum hydatidibus.* — *Pulmonem dextrum ab hepate volumine aucto in angustum spatium pulsum.* (Herbersk). *Hocce viscus coloris rosei, tuberculis albidis refertum, et intestina aliquando subinflammata.* (Cheyne). Praxeos Med. Præcepta Part. II, vol. I, sect. I, p. 291.

(2) *Mém. sur l'Hydrencéphale ou Céphalite interne hydrencéphalique.* Paris et Genève. 1817, in-8°.

(3) Si nous ne citons pas la Dissertation bien connue et fort estimable de M. Bricheteau, c'est que, relativement à l'anatomie pathologique, elle ne fait que confirmer des résultats déjà connus. Nous

lable par la chaleur, qualité opposée à celle des produits fournis par les membranes séreuses, etc. Coindet a bien vu que la compression exercée sur le cerveau par l'épanchement, ne suffisait point pour expliquer les symptômes de la maladie. Ces symptômes spéciaux n'ont lieu qu'autant que l'épanchement est l'effet d'une action morbide particulière des ventricules, et non d'une gêne dans la circulation du cerveau, ou de quelque affection organique, etc., car dans ces cas, la maladie se présente sous un tout autre aspect (1).

Tel n'est point le sentiment d'un jeune médecin, compatriote de celui dont nous venons d'exposer les opinions. M. Senn (2) ne voit dans l'hydrocéphale aiguë qu'une simple inflammation des méninges sans caractère spécial, et les observations qu'il rapporte sembleraient confirmer sa manière de voir; mais il est bon de remarquer qu'il est douteux que la plupart de ces observations appartiennent véritablement à la maladie décrite sous le nom d'hydrocéphale aiguë par les meilleurs observateurs. Nous en dirons autant des faits contenus dans un mémoire publié en 1828, par Levrat aîné, de Lyon (3). Si ce médecin ne donnait aux mots *hydrocéphale aiguë* une acception beaucoup plus étendue que celle à laquelle il convient de les restreindre, il est douteux qu'il pût s'applaudir, comme il le fait, de ne perdre qu'un douzième des sujets atteints de cette maladie.

Les observations récentes de Giraud (4), Mitivié (5),

---

(1) Compar. Brachet, *Essai sur l'Hydrocéphalite, ou hydropisie aiguë des Ventricules du Cerveau*. Paris, 1818, *in-8°*.

(2) *Recherches anatomico-pathologiques sur la Méningite aiguë des Enfans, et ses principales complications. Hydrocéphale aiguë des auteur*. Paris, 1825, in-8°.

(3) *Aperçus théoriques et pratiques sur les causes, la nature et le traitement de l'Hydrocéphale aiguë, etc.* Lyon, 1828, in-8°.

(4) Thèse inaug. Paris, 1818.

(5) Thèse inaug. Paris, 1820.

Bricheteau (1), pour ne rien dire d'une multitude d'autres, qui ont été recueillies par les auteurs dont il a été question dans cet article, ou publiés dans les journaux, prouvent que dans certains cas (et ce sont ceux où les symptômes ont été précisément ceux indiqués comme type par les auteurs), on n'a trouvé dans les méninges nul épaississement, nulle opacité, nulle rougeur, nulle exsudation sur l'arac hnoïde, nulle infiltration au-dessous; que la portion de cette membrane qui tapisse les ventricules, si tant est qu'elle pénètre dans ces cavités, était très-saine. Et qu'on ne dise pas, comme l'a fait M. Senn, que peut-être les observateurs n'ont pas examiné l'arachnoïde qui revêt la base du cerveau. Un grand nombre d'entr'eux au contraire ont eu la précaution de dire que dans cette par tie ils n'avaient rien rencontré; comme aussi ils ont dit que, quand il y avait complication d'arachnitis, épanchement de sérosité plus ou moins trouble à la base, on trouvait un épaisissement de la séreuse, surtout vers la protubérance annulaire et l'entrecroisement des nerfs optiques, à la face inférieure du cervelet, infiltration albumineuse, concrète, quelquefois séro-purulente, dans la portion de la pie-mère qui correspond aux mêmes endroits, etc. (2).

Au reste, l'inflammation des enveloppes du cerveau, dans l'hydrocéphale aiguë, paraît être beaucoup plus fréquente chez l'adulte que dans le jeune âge. C'est ce qu'on regardera du moins comme probable, si l'on compare ce qui précède avec l'extrait d'un travail inédit de M. Dance, par lequel nous allons terminer ce paragraphe. Nous devons à l'extrême obligeance de ce médecin distingué, d'avoir pu consigner ici sur le diagnostic et l'anatomie

(1) *Journal compl.*
(2) Giraud, p. 27.

pathologique de l'hydrocéphale aiguë, des résultats plus précis que ceux publiés jusqu'à présent, et même une remarque fort curieuse et entièrement neuve, sur les rapports de la paralysie avec la position dans laquelle le malade se trouve placé. Ce qui suit est le résumé de quinze cas d'hydrocéphale aiguë, recueillis chez des adultes par l'excellent observateur que nous venons de nommer.

Le plus âgé avait 31 ans; le moins âgé 12 ans; la plupart présentaient les attributs du tempérament lymphatique, trois avaient coïncidemment des tubercules pulmonaires. La maladie chez tous s'est développée sans cause appréciable, chez deux à l'époque de la puberté, au moment où la menstruation paraissait devoir s'établir; cette circonstance semble avoir favorisé son explosion : 1.° Elle a débuté chez la plupart, par une céphalalgie violente, sujette à exacerbation, occupant le front ou toute la cavité du crâne, comparée par quelques-uns à un bandeau étroit qui aurait comprimé le crâne, et cette céphalalgie a cessé d'être accusée par les malades, lorsqu'ils sont arrivés à la période comateuse et a reparu de temps à autre, lorsque ces malades recouvraient l'usage de leurs sens. Chez un malade, l'hydrocéphale a été précédée par des douleurs dans les membres; chez un autre, outre la céphalalgie, il y avait une douleur qui occupait toute la longueur du rachis. Ce dernier avait une inflammation dans les membranes vertébrales. 2.° à la céphalalgie se sont joints des vomissemens sympathiques, mais tous n'en ont pas éprouvé, ce sont les plus jeunes qui, en général, ont présenté ce symptôme. 3.° Le pouls dans cette période a présenté une lenteur remarquable, souvent accompagnée d'inégalités, parfois on n'a compté que 40, 50 pulsations par minute chez des sujets de 15, 20 ans. La peau n'offrait en même tmps aucune chaleur fébrile, la respiration était calme : cette tranquillité dans la circulation et la calorification,

comparée à l'ardeur fébrile propre à tant de maladies inflammatoires, en ont imposé plusieurs fois, et ont empêché de pousser le traitement avec l'activité nécessaire en pareil cas. 4.° Dans cette première période, l'expression de la face dénote souvent l'hébétude, la stupidité, la concentration, et par momens des cris aigus instantanés font sortir le malade de son état d'engourdissement. 5.° L'inspection des yeux a été d'une grande importance: conjonctives rouges, œil larmoyant, quand l'arachnite a prédominé sur l'épanchement; pupilles dilatées, quand l'épanchement a été abondant: cette dilatation est variable, ne s'accroît pas graduellement du commencement à la fin de la maladie, quelquefois inégale entre les deux yeux, accompagnée d'oscillations dans l'iris, circonstance qui, quoique très-fréquente, ne paraît pas propre à l'hydrocéphale. Cette dilatation pupillaire a été en résumé un des phénomènes les plus constans: mais on a vu les pupilles étroites, quoique l'épanchement fût abondant; les globes oculaires ont été convulsés, deviés de leur direction normale quand l'épanchement a co-existé avec une arachnite de la base. 6.° *Fonctions cérébrales.*—Il n'y a pas eu à proprement parler de délire chez ces malades, il n'a consisté chez quelques-uns qu'en une excitation et divagation passagères; il y a eu plutôt affaissement que perversion des facultés intellectuelles. La connaissance a persisté dans la première période, plus tard elle a été abolie, mais avec des variations en plus, en moins, et il n'a pas été rare de voir les malades recouvrer cette connaissance quelques jours avant la mort. (Bon à noter pour le pronostic). Mais alors le pouls de lent était devenu très-fréquent; cette fréquence du pouls succédant à la lenteur, a toujours paru de mauvais augure. 7.° *Troubles de la motilité.* — La raideur du cou, du dos, des avant-bras, a existé le plus souvent quand il y avait,

complication de meningite de la base, ou phlegmasie des membranes vertébrales. Dès que la deuxième période se manifestait, à l'époque où l'on peut présumer que l'épanchement était formé dans les ventricules, on observait une diminution notable dans l'action musculaire, les membres semblaient paralysés; soulevés, ils retombaient par leur propre poids; mais si on les sollicitait par le pincement, on voyait que la perte du mouvement n'était pas complète, et qu'à l'instar des facultés intellectuelles, il y avait plutôt diminution qu'abolition d'action. Cette espèce de paralysie était répartie à degré égal sur chaque moitié du corps, elle a varié quelquefois en plus ou en moins comme les facultés intellectuelles. Dans deux cas nous l'avons vue limitée pendant deux jours à la moitié du corps; alors la tête des malades reposait sur le côté opposé à la paralysie, et nous avons pensé qu'elle était due à la pression plus forte exercée en vertu de cette position de la tête par le liquide des ventricules sur le même côté du cerveau. Cette présomption s'est changée presque en certitude, quand nous avons vu la paralysie cesser ou s'amoindrir en ramenant la tête sur l'occiput, quand ensuite nous avons trouvé à l'ouverture des cadavres, une libre communication entre les ventricules, par suite de la destruction de leur cloison. 8.° La respiration lente, douce au début, devient plus tard inégale, et sur la fin gênée, quelquefois stertoreuse. 9.° Les sécrétions pour l'ordinaire suspendues, selles, sueurs, urines rares. 10.° La mort est arrivée en général sur la fin de la troisième semaine, nous n'avons observé qu'un cas de guérison, coïncidant avec l'apparition d'une parotide. Le traitement a consisté en émissions sanguines, qni ont apporté quelque soulagement, en applications de glace sur la tête, qui nous ont paru très-désavantageuses quand elles n'étaient pas employées au début; en calomel à l'intérieur, qui a produit

des selles verdâtres sans résultat, en vésicatoires aux cuisses et même sur la tête, sans succès encore, de telle sorte que cette partie de l'histoire de l'hydrocéphale aiguë qui est la plus importante, nous semble la plus en arrière.

11.° Les caractères anatomiques de cette maladie apprennent qu'elle ne consiste pas seulement dans un épanchement dans les ventricules; toutes les parties contenues dans l'encéphale peuvent être compromises en même temps. Dans un seul cas nous n'avons trouvé qu'un épanchement avec œdème du cerveau; dans tous les autres il y avait outre ces lésions des traces de méningite; des ramollissemens des portions moyennes de l'encéphale. Pour plus de méthode, nous allons exposer ces lésions en procédant des enveloppes au parenchyme: A. Dure-mère tendue sur les circonvolutions; arachnoïde sèche, friable, pie-mère plus ou moins injectée à la base, présentant souvent des dépôts pseudo-membraneux partiels, et situés le plus souvent entre les scissures de Sylvius, autour du carré des nerfs optiques, de la protubérance annulaire, sur le limbe du cervelet; B. Circonvolutions cérébrales aplaties, tassées les unes contre les autres, quelquefois colorées à leur superficie, après avoir enlevé la pie-mère. C. Substance cérébrale très-souvent d'un blanc plus pâle que dans l'état naturel, et dans un état d'œdème, humide, relaxée, moins consistante que d'habitude. Cette infiltration séreuse du parenchyme cérébral, est surtout très-marquée chez les sujets lymphatiques, (quelquefois la congestion est plus sanguine que séreuse, et le cerveau présente des ponctuations rouges); cette lésion nous paraît jouer un certain rôle dans la production des symptômes. D. Ventricules cérébraux, distendus en tous sens; quelquefois un épanchement plus ou moins abondant, le plus souvent un peu trouble, dans lequel on voit nager quelques débris de substance cérébrale ramollie; cet épan-

chement est variable, quelquefois très-peu a quoique les symptômes eussent été à-peu-près l(que ceux indiqués plus haut; il occupe en plu: quantité les ventricules latéraux, mais s'étend qu(au moyen et au quatrième ventricule, et delà ref le canal vertébral. E. Très-souvent, huit fois sur neuf, la cloison et le trigone cérébral sont à tel point que la cloison en est détruite vers sa pa férieure. Ce ramollissement est d'un blanc crémei fois seulement nous l'avons trouvé coloré. Ce r sement peut exister quoiqu'il y ait très-peu ou | pas de liquide dans les ventricules, ce qui prouve(dépend pas de la présence de ce même liquide. Il (sible que la perforation de la cloison dépende quel de ce que le corps calleux étant refoulé en haut | panchement, la cloison qui lui adhère soit refoulé le même sens, et enfin rompue à sa partie inférieu est la plus mince. Un ramollissement analogue exist vent sur les parois des ventricules, un filet d'eau sur ces parois rend le ramollissement très-app Enfin, dans plusieurs cas, à ces lésions cérébrale sociaient des épanchemens rachidiens au-dessous rachnoïde vertébrale, quelquefois des traces d'inflam dans les méninges rachidiennes, et dans un cas, u table ramollissement de la moelle épinière.

En résumé, cette forme d'inflammation cérébra fère de l'arachnite et de la céphalite simples p symptômes, et doit être étudiée à part.

Maladies de la moelle épinière.

I. Il n'est pas d'organe dont on ait négligé aussi temps d'étudier les altérations que la moelle épi C'est évidemment aux travaux des modernes qu

de connaître l'influence réelle de cette partie du système nerveux sur les différens actes de la vie organique et de la vie de relation, de même que les phénomènes qui résultent des altérations qu'elle est susceptible d'éprouver. Les anciens, depuis Hippocrate, Celse, Arétée, Galien, avaient bien reconnu que la paralysie des membres pouvait dépendre d'une lésion de la moelle épinière, et encore c'était l'observation des effets produits par les lésions traumatiques de cet organe qui avaient été pour eux la source de ce diagnostic. Mais on chercherait inutilement dans leurs écrits des notions sur les autres points de la pathologie de la moelle épinière. Baillou, et après lui Hoffmann en particulier (1), ont attribué à l'affection de cet organe quelques-uns des symptômes généraux de la fièvre, mais sans s'appuyer sur des recherches directes : ce dernier pensait que ces phénomènes résultaient de l'irritation des membranes de la moelle. Ludwig (2) considéra l'irritation de la moelle épinière elle-même comme la cause d'un assez grand nombre de phénomènes morbides, tels que les douleurs dorsales très-vives qui accompagnent souvent les coliques intestinales, les douleurs qui semblent remonter le long du dos dans certains cas d'hémorrhoïdes et dans les affections squirrheuses et cancéreuses du rectum, le sentiment de tension dans les lombes et le dos, qui se manifeste dans les menstruations difficiles, dans quelques grossesses; enfin, les lassitudes spontanées et les douleurs vagues dans les membres et la région dorsale au début de la fièvre, dépendent, suivant lui, de la difficulté de la circulation dans les vaisseaux de la pie-mère, du cerveau et de la moelle.

---

(1) *Med. rat. Sys.* p. III, sect. I, cap. 4, *ibid.* Pars prima, proleg. — *Dissert. de Motuum feb.*, etc. §. II.

(2) *Advers. Med. Pract.* Tom. I, p. 711. Leipsick, 1769—73.

Ces réflexions, fort judicieuses sans doute, n'étaient soutenues par Ludwig d'aucune preuve positive; néanmoins elles auraient pu conduire à des recherches importantes, mais elles ne frappèrent pas les esprits. Pierre Frank (1) est le premier auteur qui, vingt ans plus tard, ait été amené à ces idées par l'observation clinique, et probablement aussi par les lumières de l'anatomie pathologique. Ses remarques sont trop importantes pour que nous ne les consignions pas ici. La quantité assez considérable de sang qu'on trouve assez fréquemment dans les veines et les sinus de la colonne vertébrale, la distribution de ces vaisseaux dans lesquels le sang circule contre son propre poids et sans être secondé par l'action de valvules, tandis que son cours est libre dans le thorax et l'abdomen, sont autant de circonstances qui avaient fixé l'attention de P. Frank, et qui lui servent à expliquer les douleurs dorsales et lombaires qui se développent lors de la suppression d'un flux habituel, comme les règles ou les hémorrhoïdes, et dans les derniers temps de la gestation, de même que dans certaines affections chroniques de l'abdomen. N'est-ce pas encore, ajoute-t-il, à la congestion et à la distension des sinus vertébraux et des veines vertébrales qu'il faut attribuer certaines douleurs du dos et des membres inférieurs, quelques névralgies sciatiques, certaines claudications, divers tremblemens et mouvemens convulsifs, la stupeur ou la paralysie de ces membres, ainsi que plusieurs phénomènes épileptiques et tétaniques? Frank rappelle à cette occasion les paralysies incomplètes et passagères qu'on observe chez certains sujets affectés d'hémorrhoïdes fluentes, un peu avant leur apparition, et signalées par Hippocrate; il a

(1) *De vertebralis Columnæ in morbis dignitate;* inséré dans le *Delect. Opuscl. Med.* Tom. II, an 1792.

vu une paralysie des deux bras survenir après un mouvement violent, et se dissiper spontanément au bout de quelques heures. Frank avait soupçonné l'influence directe que la respiration exerce sur la circulation rachidienne : il pensait qu'elle devait être la même que sur celle du cerveau, et il en concluait, avec raison, qu'une gêne plus ou moins prolongée de l'action des poumons produisait dans le canal vertébral une pléthore momentanée.

On ne se refusera pas sans doute à trouver très-rationnelle l'explication des divers phénomènes morbides indiqués par P. Frank ; mais on objectera avec raison qu'elle ne repose pas sur des argumens fournis par l'ouverture des cadavres. Ces argumens, M. le docteur Ollivier (d'Angers) les a réunis, et il a le premier traité l'histoire des congestions sanguines rachidiennes d'une manière aussi complète que le permet l'état actuel de la science (1). Ses nombreuses recherches prouvent qu'il a été conduit aux mêmes conséquences que Frank, par l'observation des malades et l'anatomie pathologique, et les réflexions que lui ont suggérées ses premières observaions annoncent même qu'il ne connaissait pas d'abord les remarques d'Hoffmann et de P. Frank. Ainsi, plus de trente années s'étaient écoulées sans qu'on eût rappelé à l'attention les opinions remarquables du célèbre médecin de Vienne.

M. Ollivier, ayant observé plusieurs individus affectés d'une paralysie quelquefois générale, mais incomplète, sans lésion des facultés intellectuelles, et chez lesquels la sensibilité et le mouvement revenaient après un temps plus ou moins long, a trouvé, dans ces différens cas, des cail-

(1) *Traité de la Moelle épinière et de ses Maladies*. Tom. II. Paris, 1827.

lots fibrineux plus ou moins gros distendant une partie ou la totalité des veines rachidiennes, lesquelles comprimaient notablement les nerfs spinaux à leur passage par les trous inter-vertébraux. Il a remarqué aussi qu'il y avait d'autant plus de sérosité dans le canal vertébral, qu'il existait une congestion sanguine plus considérable dans les veines du rachis et des méninges de la moelle, ensorte qu'on rencontrait une véritable hydropisie (hydrorachis) résultant de la lenteur et de la difficulté du cours du sang veineux.

M. Hutin a confirmé, par des observations récentes (1), les recherches de M. Ollivier sur les congestions rachidiennes.

Ces congestions peuvent déterminer, comme on vient de le voir, un épanchement séreux dans le canal rachidien. Deux observations, publiées par Lecat (2), prouvent avec quelle rapidité peut se reproduire la sérosité des méninges de la moelle; Cotugno (3), dont on paraissait avoir complètement oublié les recherches, avait bien connu les variations de quantité du liquide spinal; M. Magendie (4) étudia avec le plus grand soin tout ce qui se rapporte aux différens états de ce liquide; mais, malgré ces observations et celles de M. Ollivier, l'art du diagnostic n'a point marché, suivant la remarque de ce dernier auteur, d'un pas égal avec la physiologie et l'anatomie pathologique. Il n'existe encore que le fait recueilli par Genga (5) qui prouve la possibilité du développement

(1) *Nouv. Bibl. méd.*, février 1828.

(2) *Traité de l'existence, de la nature et des propriétés du Fluide des Nerfs, etc.... an* 1753.

(3) *De Ischiade nervosâ.*—Dans le *Thesaur. Dissert.* de *Sandifort*, an. 1764.

(4) *Journal de Physiol.* Janvier 1826.

(5) Morgagni, *de Sed. et Caus.* Epist. XII, sect. 9.

d'une tumeur spinale, comme dans l'hydro-rachis congénitale, à la suite d'une hydropisie rachidienne développée chez l'adulte. Cet épanchement peut avoir lieu subitement dans l'hydrocéphalie, quand le liquide cérébral vient à pénétrer tout-à-coup dans le canal vertébral, comme l'a vu M. Itard (1), et alors, aux phénomènes de compression du cerveau, tels que l'assoupissement, succède une paraplégie plus ou moins complète. Morgagni a cité aussi des exemples d'épanchemens rachidiens consécutifs à ceux du crâne.

L'étude des hydropisies du canal rachidien se rattache, comme on voit, à celle des congestions de cette portion du système circulatoire, mais aux congestions veineuses peu intenses. Quand, au contraire, la congestion est plus active, et qu'elle occupe à-la-fois les vaisseaux des méninges et de la moelle elle-même, il en résulte des symptômes d'excitation très-prononcée, des douleurs aiguës dans le dos et les lombes. L'on conçoit que, sous l'influence d'une concentration active et continue du sang dans ces vaisseaux, ce liquide puisse lui-même s'épancher dans la cavité des enveloppes de la moelle; de là une seconde classe d'épanchemens rachidiens, désignés par M. Ollivier sous le nom d'*hématorachis*, et sur laquelle ce médecin a fourni des observations et des remarques dignes d'attention. Ces épanchemens, comme les précédens, peuvent aussi résulter d'une hémorrhagie cérébrale, ou d'un épanchement sanguin dans le crâne : des exemples rapportés par l'auteur en fournissent des preuves.

Enfin, la moelle épinière elle-même peut être le siège d'un épanchement de sang circonscrit, d'une apoplexie; mais autant l'hémorrhagie cérébrale est commune, autant

(1) *Dict. des Sc. méd.* Art. *Hydrorachis.*

est rare celle de la moelle épinière. M. Ollivier est le premier qui en ait traité d'une manière particulière. La moelle alongée est presque le seul point du cordon spinal où l'on ait trouvé des épanchemens sanguins circonscrits, des foyers apoplectiques en un mot, comme si la moelle épinière participait d'autant plus aux altérations propres au cerveau, qu'elle se rapproche davantage de cet organe (1). Souvent ces petits épanchemens de la moelle alongée coïncident avec de semblables épanchemens dans le cerveau, ensorte que leur présence n'apporte pas alors de changement appréciable dans les symptômes résultant de l'apoplexie cérébrale. Mais il arrive aussi que l'hémorrhagie n'a lieu que dans la moelle alongée, et alors elle donne naissance à des symptômes qui varient suivant le point où elle s'opère. Ainsi, quand l'épanchement est borné à l'un des pédoncules cérébraux (2), il en résulte une hémiplégie du côté opposé, comme si l'épanchement occupait le corps strié et la couche optique correspondans. L'hémorrhagie, au contraire, a-t-elle fait irruption de manière à désorganiser toute l'épaisseur de la moelle alongée, on trouve alors le quatrième ventricule rempli de sang, et l'individu, avant de succomber, a été frappé d'une paralysie générale des quatre membres, et du mouvement seulement.

Quand M. Ollivier publia ses recherches, il n'existait pas d'exemple bien constaté d'apoplexie de la moelle dans les autres points de la longueur de cet organe. M. Hutin en a rapporté un dans ces derniers temps (3) : deux foyers apoplectiques existaient dans la région cer-

---

(1) *Loc. cit.* Pag. 515 et suiv.

(2) *Loc. cit.* Obs. LXV.

(3) *Recherches et Obs. pour servir à l'Histoire anat. physiol. et pathol. de la Moelle épinière*, insérées dans la *Nouv. Bibliot. méd.* Février 1828.

vicale et dans le haut de la région dorsale de la moelle. La mort avait eu lieu subitement. M. le professeur Cruveilhier vient d'en observer plus récemment un autre exemple, qu'on trouve décrit dans le troisième fascicule de son Atlas d'anatomie pathologique. Ce fait curieux montre que les caractères anatomiques de l'apoplexie de la moelle, sont exactement les mêmes que ceux de l'apoplexie du cerveau; il prouve, en outre, que l'épanchement peut s'effectuer dans une moitié seulement de la moelle, en donnant lieu à la paralysie du même côté : le foyer apoplectique occupait la région cervicale, au niveau de la troisième vertèbre environ.

Nous avons cru devoir insister sur les divers points de l'histoire pathologique de la moelle épinière qui viennent de nous occuper, parce que ce sont autant de questions qui, jusqu'à ces derniers temps, avaient été à peine étudiées, et dont la plupart n'avaient même pas été indiquées, et qu'on doit les progrès qu'on a faits à l'anatomie pathologique.

II. L'étude des congestions rachidiennes nous a servi en quelque sorte d'introduction à celle de la méningite et de la myélite, ou inflammation de la moelle. La première, l'inflammation des méninges, ou méningite rachidienne, n'est bien connue que depuis ces derniers temps. Brera (1), Bergamaschi (2), Abercrombie (3), Lallemand (4), ont publié des exemples de cette phlegmasie, et MM. Parent-Duchâtelet et Martinet, y ont consacré un chapitre dans leur *Traité de l'inflammation de l'arachnoïde*. Mais ces derniers auteurs ajoutent

(1) *Della Rachialgite, Cenni pathologici, etc.*
(2) *Giornale del. Soc. méd. chir. di Parma.* Juin 1810.
(3) *Edimb. Med. Journ.* Janvier 1818.
(4) *Lettres sur l'Encéphale.* Obs. N°. 50, p. 305.

n'avoir pas rencontré d'arachnitis bornée à la seule cavité vertébrale; toujours il existait en même temps un arachnitis de la base du cerveau ou de sa totalité. C'est, en effet, ce qui a lieu très-fréquemment, mais cette inflammation peut être bornée au rachis. L'altération, dit M. Ollivier, consiste le plus souvent dans une exsudation puriforme intermédiaire à la pie-mère et à l'arachnoïde, et quelquefois à l'intérieur de la cavité de cette dernière membrane : quant à l'inflammation de l'arachnoïde, il est bien démontré aujourd'hui qu'il n'y existe jamais de vaisseaux, soit dans l'état sain, soit dans l'état morbide, et que tous les phénomènes qu'on lui attribue se passent dans le tissu cellulaire qui lui est sous-jacent. Ce point d'anatomie normale et pathologique a été mis hors de doute par les recherches de Béclard, Gordon, MM. Ribes et Ollivier. Quelquefois l'inflammation des méninges rachidiennes ne donne lieu qu'à une infiltration gélatiniforme et rougeâtre, et même à un épanchement de sang dans le tissu cellulaire extérieur à la dure-mère; il est plus rare de trouver les membranes de la moelle offrant une teinte rouge. La méningite rachidienne peut coincider avec la myélite; on a vu plus haut qu'elle était souvent consécutive à une méningite cérébrale. Elle donne lieu quelquefois à une hydropisie aiguë ou à une exhalation sanguine abondante. Cette inflammation laisse rarement après elle des adhérences celluleuses entre le feuillet séreux de la dure-mère, et celui qui correspond à la pie-mère. Ces productions celluleuses, communes dans les autres membranes séreuses à la suite de leur inflammation chronique, sont ici bien moins fréquentes, mais cette phlegmasie paraît être la source d'une production particulière à l'arachnoïde rachidienne, et qui consiste dans la formation de lamelles cartilagineuses souvent très-nombreuses, et qu'on n'a encore trouvées que dans cette seule

membrane. Ces plaques cartilagineuses, indiquées par M. Esquirol (1) et M. Chaussard (2), décrites pour la première fois avec exactitude par M. Ollivier (3), ne sont pas rares chez les épileptiques, elles sont assez communes chez les individus qui ont été tourmentés long-temps de douleurs considérées comme rhumatismales, dans les lombes, le dos et les épaules (4).

---

(1) *Bulletin de la Fac. de Méd. de Paris*, T. V, 426.

(2) *Recherches sur l'organisation des vieillards*; Dissert. inaug. Paris, 1822.

(3) *Loc. cit.* P. 730 et suiv.

(4) Les faits rassemblés par M. Ollivier montrent que l'inflammation des méninges de la moelle est caractérisée habituellement par une contraction générale des muscles du tronc, et cette contraction tétanique se manifeste avec plus d'intensité quand on imprime des mouvemens aux malades. Les mouvemens des membres restent libres; il est assez commun de voir des rémissions plus ou moins complètes de ces accidens, qui se réveillent ensuite spontanément. Quelquefois la roideur du tronc est continue jusqu'à la mort. Un second symptôme de la méningite rachidienne est une douleur variable dans son intensité, qui paraît en général partir du point où l'inflammation est le plus violente, et qui offre, comme la rigidité, des rémissions et même des intermittences irrégulières : cette douleur n'est pas augmentée par la pression, mais par les mouvemens. Ce phénomène est constant dans la méningite; il coïncide tantôt avec le précédent, tantôt il existe seul. On observe en même temps des symptômes d'une exaltation morbide de la sensibilité. Le pouls conserve toujours sa régularité; des sueurs abondantes couvrent le malade pendant les accès. M. Ollivier s'est attaché surtout à établir le diagnostic différentiel de la méningite et de la myélite, et ses observations éclaircissent beaucoup de points de symptomatologie. Une circonstance remarquable sur laquelle M. Ollivier a appelé l'attention, c'est que la phlegmasie suit dans sa marche une progression ascendante, c'est-à-dire qu'elle se propage toujours en remontant vers le cerveau. Quand l'inflammation est chronique, elle ne donne lieu le plus souvent qu'à des douleurs dorsales sourdes, accompagnées d'un engourdissement profond dans la région du dos, et d'un sentiment habituel de fatigue dans les membres. Les malades ressentent, de temps en temps, de légères exacerbations dans ces douleurs, qui peuvent se dissiper après plusieurs mois; d'autres fois elles deviennent aiguës, et les malades succombent en offrant

III. L'étude de la myélite, ou inflammation de la moelle épinière, avait toujours été négligée, lorsque les observations de Pott sur la carie vertébrale (en 1779 et 1783 vinrent fixer l'attention des praticiens sur ce sujet, d'une manière particulière; les phénomènes qui accompagnent cette affection, et les succès remarquables obtenus par l'application des cautères, faite à propos, éveillèrent l'observation sur les lésions de la colonne vertébrale. De cette époque datent une multitude de faits insérés dans les recueils scientifiques, et venant à l'appui des remarques du célèbre chirurgien anglais; mais il n'est mention que très-accessoirement de la lésion concomitante de la moelle (1). Cependant les recherches dirigées sur l'altération de la colonne vertébrale ne pouvaient manquer de jeter quelque lumière sur les maladies de l'organe qu'elle renferme. En effet, peu de temps après la publication des mémoires de Pott, M. Latour père, médecin en chef de l'Hôtel-Dieu d'Orléans, fit voir que la paralysie des membres inférieurs, qu'on supposait alors dépendant de la courbure de l'épine dorsale, dérivait de de la lésion de la moelle épinière; qu'elle pouvait exister avec ou sans vice vertébral, et qu'on la guérissait par l'application des cautères sur les côtés de l'épine. Dans un cas où la mort fut la suite de la maladie, M. Latour trouva une infiltration gélatiniforme dans les enveloppes de la moelle, et un ramollissement purulent d'une portion de son tissu. Le mémoire fort intéressant de M. La-

---

les symptômes indiqués plus haut. Dans cette espèce de phlegmasie, comme dans celle de la moelle elle-même, il est très-ordinaire de voir se former rapidement des escarres profondes au sacrum.

(1) Cependant nous devons excepter ici M. Portal qui a rapporté quelques exemples d'altération isolée de la moelle dans son *Anat. méd.* Tom. IV.

leur fait partie de la collection des *Mémoires de la Société médicale d'émulation* (1). En 1810, deux médecins italiens, Brèra (2), et Bergamaschi (3), publièrent les observations sur l'inflammation de la moelle épinière mais l'un et l'autre ont décrit simultanément l'inflammation de la moelle et de ses membranes, et les faits qu'ils rapportent éclairèrent peu le diagnostic de la myélite en particulier.

Toutefois les faits qu'on recueillait fournissaient chaque jour de nouvelles lumières. Nous citerons ici le travail de M. Macari, qui renferme des observations intéressantes (4), de même que la thèse de M. Desfray (5), sur le *spinitis*, soutenue en 1813 à la Faculté de Médecine de Paris, dans laquelle on voit aussi l'étude des phénomènes de l'inflammation de la moelle isolée de celle de la carie vertébrale, que l'auteur indique au contraire comme pouvant être causée par l'inflammation de la moelle dont il décrit avec soin certains symptômes. Le diagnostic de cette affection a été éclairé par Copeland (6), qui a indiqué un moyen de reconnaître le siège précis de l'altération, en promenant le long du dos une éponge imbibée d'eau chaude : le malade ressent une douleur brûlante par le contact de l'éponge, seulement là où existe le mal : J. Frank a plusieurs fois obtenu par ce procédé très-simple, des notions plus précises sur le siège de l'inflammation (7). Quelques années après Copeland, Abercrom-

(1) Tom. VI. Paris, 1806.

(2) *Della Rachialgite. atti dell' Acad. ital. di sc.* Livourne, 1810.

(3) *Osserv. sul infiammazione della midol. spin.* Pavie, 1810.

(4) *Annales de la Soc. méd. de Montpellier.* Tom. II, p. 5.

(5) *Essai sur le Spinitis.* Dissert. inaug. Paris, 1813.

(6) *Obs. on the Sympt. and treat. of the dis. of Spin., etc.* Londres, 1815.

(7) *Praxeos med. univ. Præcep.* Tom. VI, p. 26. ed. Turin, 1822.

bie publia des observations nouvelles (1) sur la my mais ses descriptions d'anatomie pathologique sont ralement vagues, et l'on voit surtout qu'il confond une seule et même maladie l'inflammation des mén et celle de la moelle. La partie de l'ouvrage récem publié par Abercrombie, relative aux maladies moelle, est une réimpression du mémoire qu'il avait i en 1818 dans le Journal d'Edimbourg, augmenté servations et de remarques tirées de l'ouvrage de M. vier. Rachetti (2) avait fait paraître deux ans auparava ouvrage sur la pathologie de la moelle, mais on y tro peine quelques recherches qui lui soient propres livre consiste en commentaires sur les écrits publiés rieurement. Une thèse soutenue à Montpellier en 182 M. Clot (3), contient plusieurs observations intéres propres à éclairer le diagnostic de la maladie qui no cupe, et divers exemples qui montrent jusqu'à quel la myélyte est la source de certaines affections co rées vaguement comme des névroses.

Harles, si l'on juge de son ouvrage d'après H brand (4) qui l'a suivi, n'a rien ajouté de nouv l'histoire anatomique de l'inflammation de la m Klohss (5), dans sa dissertation sur la myélite, donne ques remarques utiles sur le diagnostic de cette affe M. Pinel fils (6) a rapporté plusieurs exemples de la mên

---

(1) *Edimburgh, Med. Journ.*; trad. dans les *Annales cli* Montpellier. Tom. IV, 2.e série, 1819.

(2) *Della Strutt. della funzioni, etc., della midolla spin.* 1816, in-8°.

(3) *Recherches et Obs. pathol. sur le Spinitis, ou Inflamm* *la Moelle épinière.* Montpellier, juillet 1820.

(4) *Inst. med. pract.*

(5) *Dissert. de Myelitide.* Halle, 1820.

(6) *Journal de Physiol.* Janvier 1821.

ladie qui ont fait connaître plus particulièrement les phénomènes résultans de l'inflammation qui a son siège dans la portion dorsale de la moelle épinière. Les observations de Earl (1) se rapportent au même point, et montrent que l'intensité plus grande des symptômes résulte de l'étroitesse de cette région du canal rachidien.

En considérant ces différens travaux ainsi rapprochés, on pourrait croire que l'étude de la maladie qui nous occupe n'avait pas été aussi négligée que nous l'avons dit en commençant; mais si l'on examine chacun de ces mémoires en particulier, on voit combien les documens qu'ils renferment laissaient encore de lacunes dans l'histoire d'une affection aussi grave. Ce fut à cette époque (1822) qu'une société savante, frappée de l'état arriéré de nos connaissances sur les maladies de la moelle épinière, en proposa la description pour sujet de prix, et couronna le mémoire qui lui fut adressé par M. Ollivier (d'Angers). Dans ce travail, que l'auteur publia peu après (2), il s'attacha à présenter l'état de la science, et des faits qu'il rassembla et auxquels il joignit beaucoup d'observations qui lui sont propres, il fit ressortir l'histoire de chacune des lésions que la moelle épinière est susceptible d'éprouver; il s'attacha surtout à établir le diagnostic différentiel de l'inflammation des méninges rachidiennes et de celle du tissu de la moelle, phlegmasies que tous les auteurs avaient confondues, ainsi que nous l'avons déjà dit. L'anatomie pathologique lui montra que le ramollissement de la moelle est le résultat de son inflammation, et le siège de l'altéra-

---

(1) *Transact. philos.* 2.e part., année 1822.

(2) *De la Moelle épinière et de ses Maladies.* Ouvrage couronné par la Soc. Royale de Méd. de Marseille. Paris, 1824, in-8°. Avec planches.

tion, plus fréquente dans les points où la substance grise est plus abondante, vint corroborer cette opinion. Sous ce rapport, M. Ollivier a fait sur le ramollissement de la moelle épinière, ce qu'a fait M. Lallemand sur le ramollissement cérébral. Ses recherches ultérieures, consignées dans la seconde édition de son ouvrage (1), l'ont même conduit à reconnaître que ce ramollissement commence toujours par le centre de la moelle, c'est-à-dire dans la substance grise; la vascularité très-grande de cette partie du tissu nerveux, confirme ce qui précède sur la nature de la maladie. Toutefois, ce que nous avons dit en traitant de cette altération dans le cerveau, trouve ici son application, relativement à certains ramollissements dans lesquels on n'observe aucune trace d'inflammation, et qui paraissent être le produit d'une altération spéciale du tissu nerveux (2).

Les faits recueillis par M. Ollivier, démontrent encore que la myélite chronique détermine une modification tout opposée dans la substance nerveuse, un endurcissement qui a quelquefois beaucoup d'analogie avec le blanc-d'œuf durci par l'ébullition. Les observations de ce médecin n'ont pas seulement fait mieux connaître les nuances diverses que l'altération de la moelle présente dans la myélite; elles ont surtout servi à établir d'une manière exacte le diagnostic jusqu'alors très-obscur de cette maladie (3).

---

(1) *Traité de la Moelle épinière et de ses Maladies*, etc. Paris, 1827, in-8°., 2 vol.

(2) On peut consulter à ce sujet le travail publié récemment par M. Calmeil. Une partie des observations que rapporte ce médecin prouve en effet que le ramollissement de la moelle épinière peut être d'une nature spéciale, et non-inflammatoire. Du reste il arrive pour le diagnostic, aux résultats déjà indiqués par M. Ollivier. (Voy. *Journ. des progrès*, T. XII, an. 1828.)

(3) Elle s'annonce le plus souvent par un engourdissement des doigts

Enfin, l'aperçu rapide qui termine l'ouvrage de M. Ollivier, achève de prouver que la lésion de cet organe est souvent le point de départ des phénomènes morbides dont

ou des orteils, accompagné de gêne dans les mouvemens, et par fois d'un sentiment de froid désagréable; plus rarement on observe au début, des convulsions générales ou partielles; tantôt en même temps, tantôt plus tard, le malade se plaint d'une douleur profonde et plus ou moins vive dans un point de la longueur du rachis, qui n'est pas exaspérée ordinairement par la pression ni par les mouvemens, à moins qu'il n'y ait en même temps méningite rachidienne : ce n'est aussi que dans cette dernière circonstance qu'on remarque une exaltation morbide de la sensibilité. Dans quelques cas où les fourmillemens des membres et un léger affaiblissement des mouvemens sont les seuls phénomènes appréciables pour le malade, il arrive qu'en promenant le long du rachis une éponge humide et chaude, comme l'a conseillé Copeland, ou en exerçant, suivant la remarque de M. Ollivier, des pressions successives et ménagées avec l'extrémité du doigt sur les apophyses épineuses, on fait développer une douleur locale jusque-là inaperçue par le malade, et qui indique le point qu'occupe la myélite. Tantôt la paralysie suit une marche ascendante, tantôt elle s'étend des membres supérieurs aux inférieurs. Tantôt le mouvement seul est affaibli ou détruit, la sensibilité restant intacte; tantôt, mais plus rarement, la sensibilité seule est abolie. Ordinairement la paralysie se manifeste d'abord seulement dans un côté du corps, puis dans l'un et dans l'autre, et alors le pied ou la main devient isolément le siége de fourmillemens ou de stupeur, suivant la marche ascensionelle ou descendante de la myélite... Le degré de lésion du sentiment et du mouvement dépend de celui de l'altération des cordons postérieurs ou antérieurs de la moelle. Enfin, les quatre membres peuvent être frappés simultanément de paralysie quand le ramollissement occupe la moelle alongée au-dessus de l'entrecroisement des pyramides antérieures. Au milieu de ce trouble des fonctions locomotrices, les facultés intellectuelles restent intactes. Aux symptômes généraux de la myélite, dont nous venons de tracer un tableau abrégé, d'après M. Ollivier, se joignent des phénomènes variables, suivant le point de la moelle qui est affecté; nous ne reproduirons pas ici l'historique détaillé qu'en donne cet auteur, * de même que celui des symptômes qui accompagnent ordinairement la myélite chroni-

* *Loc. cit.*, p. 700 et suiv.

la réunion constitue un assez grand nombre de maladies considérées comme nerveuses par les pathologistes, telles que le tétanos, la chorée, l'épilepsie, l'hydrophobie, certaines coliques, etc.; c'est ici qu'on peut apprécier toute l'importance de l'étude de l'anatomie pathologique, et juger de l'influence que ses progrès récens doivent exercer sur la médecine-pratique.

En 1824, M. Barbier, d'Amiens, inséra dans la seconde édition de son *Traité de matière médicale* (1), de longues réflexions sur les maladies de la moelle épinière, parmi lesquelles il en est quelques-unes d'intéressantes. L'année suivante, M. Velpeau (2) publia diverses observations sur les altérations de cet organe, qu'il cite, à l'exception d'une seule, comme autant d'exemples du peu de rapport qu'il est possible d'observer entre les symptômes et les altérations de ce centre nerveux. Nous ne ferons que citer une Thèse de M. Petronelli (3), soutenue à Montpellier en 1826, parce qu'elle ne contient qu'une seule observation propre à l'auteur, le reste du travail consistant dans un extrait de l'ouvrage de M. Ollivier. Cette observation, si du reste elle est exacte, tend à prouver que l'inflammation peut détruire complètement une portion de la moelle dans très-peu de jours. On doit à M. Fages, agrégé près la Faculté de médecine de Montpellier (4), quelques consi-

---

que. Nous renvoyons à l'ouvrage lui-même, où l'on trouvera une foule de documens qui démontrent que cette maladie est dans beaucoup de cas la source de phénomènes sympathiques très-propres à induire le médecin en erreur sur la véritable nature des accidens qu'il a à combattre.

(1) Paris, 1824. 3 vol. in-8.

(2) *Archives gén. de Méd.*, T. VII, an. 1825.

(3) *Obs. et Réflexions sur quelques lésions de la moelle épinière*, Montpellier, août 1826, in-4.

(4) *Éphémérides méd. de Montpellier*, fév. 1827.

dérations sur les lésions du rachis et de la moelle épinière, où l'auteur se livre à une discussion approfondie sur divers points du diagnostic des maladies de cet organe. Enfin, récemment M. le docteur Hutin inséra dans un Journal (1) une série d'observations curieuses sur les altérations de la moelle épinière, et plus récemment encore, M. Calmeil (2) s'est livré à des recherches intéressantes sur le même sujet, et spécialement sur le ramollissement du cordon rachidien. Ses observations tendent, comme nous l'avons déjà dit, à établir que cette altération peut être indépendante de l'inflammation, et semblable à celle que M. Rostan a décrite pour le cerveau.

(*La suite à un Numéro prochain.*)

Notice sur la contagion de la dothinentérie; lue à l'Académie royale de Médecine, le 7 juillet 1829, par M. Bretonneau, *médecin de l'hôpital de Tours.*

La dothinentérie est contagieuse; à Paris elle est contagieuse, nulle part elle n'est plus fréquemment contagieuse.

Avant d'énoncer les preuves de cette assertion, je dois pour éviter toute erreur, préciser l'affection dont j'entends parler, et donner des explications sur quelques points de sa pathologie. J'ai désigné sous le nom de dothinentérie une pyrexie exanthématique qui peut être facilement distinguée de toute autre par ses symptômes et par ses caractères anatomiques. Dès l'année 1819, j'avais acquis la

---

(1) *Nouv. Biblioth. méd.*, janv. et fév. 1828. Voyez aussi dans le même journal (mars 1828), deux observations très-intéressantes, publiées par M. Gassaud.

(2) *Journal des progrès, etc.*, T. XII, 1828.

certitude que l'appareil organique de Peyer, qui n'est point un appareil sécrétoire, subit, pendant le cours de cette maladie, une altération morbide dont les périodes se succèdent dans un ordre régulier. Ces faits matériels sont indépendans de toute théorie, ils ont été constatés par Beclard et par MM. Velpeau, Husson, Guersent, Duméril, Orfila, Lherminier, Andral, Billard d'Angers, Trousseau, Landini, Delange, Chomel, Perron, Leuret de Nancy, Gendron de Vendôme, Gendron de Château-du-Loir, et surtout par les investigations multipliées et comparatives dont M. Louis a publié les résultats dans son excellent travail sur l'affection typhoïde.

Une première attaque de la dothinentérie préserve à l'avenir de cette maladie.

Les symptômes de cette pyrexie, jusqu'à la moitié du terme ordinaire de sa durée, sont hors de toute proportion avec les lésions qu'on peut apprécier. Jusqu'à cette époque la dothinentérie est une maladie de la totalité de l'organisme, avec lésion spéciale de l'intestin ou plutôt avec lésion des vesicules isolées ou agglomérées qui abondent dans le dernier tiers de l'iléon. C'est une maladie accompagnée d'éruption intestinale, et non une maladie causée par cette éruption, car on ne pourrait, sans tomber dans une grave erreur, imputer les phénomènes morbides qui la constituent à la phlegmasie intestinale.

Pour la dothinentérie, comme pour la variole, il s'établit à l'époque de la suppuration, entre les symptômes et les lésions, une correspondance qui devient de plus en plus directe; car sans parler des dangereux effets de la résorption du pus, fourni par les ulcérations intestinales, il existe entre la perforation dothinentérique de l'iléon, et la péritonite qui en est la conséquence, un rapport manifeste, celui de la cause à son effet.

La maladie que les caractères indiqués distinguent de

toute autre, la dothinentérie, devient fréquemment épidémique en province, spécialement dans les bourgs, qui ont peu de relations commerciales, ou qui ne sont point des lieux de passage. Elle y devient épidémique à la manière des affections contagieuses. Souvent importée dans un hameau, on la voit passer de l'individu qui en est atteint, à une partie de ceux qui lui donnent des soins. Elle se transmet ensuite de la famille affectée à une autre, et généralement on remarque que ce n'est pas aux familles les plus voisines qu'elle se communique, mais à celles dont les rapports avec les malades ont été plus intimes et plus fréquens.

Un grand nombre de mémoires insérés dans l'ancien Journal de médecine, beaucoup de relations adressées à l'académie et surtout les observations recueillies depuis peu par M. Leuret de Nancy et par M. Gendron du Château-du-Loir prouvent que la dothinentérie se montre fréquemment sur tous les points de la France avec les caractères d'une maladie qui ne devient épidémique que parce qu'elle est contagieuse. On la voit régner dans toutes les saisons et sous l'influence des conditions topographiques les plus opposées (1).

Cette maladie, qui ne peut être méconnue sous les dénominations diverses dont on s'est servi pour la désigner, perd-elle à Paris ses propriétés contagieuses, ainsi que le pensent les membres de l'Académie qui ont accueilli avec étonnement, je dirais presque avec défiance, les observations de M. Gendron ? Non, assurément, non la dothinen-

(1) Entre tant de témoignages, je dois distinguer celui d'un praticien aussi recommandable par ses talens que par sa probité médicale, celui de M. le docteur Gendron, qui, en suivant avec une rare persévérance les migrations de la dothinentérie d'un village à un autre, a su recueillir un grand nombre de faits qui fussent restés inaperçus sans le soin pénible qu'il a pris de les rassembler.

térie ne perd pas à Paris la faculté de se transmettre, e sur un sujet de cette importance une aussi grande diffé rence dans l'impression que produit un même objet n peut tenir qu'à la différence des points de vue sous lesquel il est considéré.

C'est à Paris qu'une multitude de jeunes gens livrés l'étude de la médecine, de la jurisprudence, à la pratiqu des arts et des métiers viennent contracter la dothinen térie; je pourrais citer nominativement un grand nombr de jeunes gens sortis de Tours, qui après un court séjou à Paris ont été affectés de cette maladie. Trois mois aprè son arrivée dans la capitale, un de mes neveux en fu atteint, et ne dut son salut qu'aux soins éclairés de M. l professeur Duméril. Un frère du malade, qui l'avait rejoir depuis peu, fut bientôt hors d'état de l'assister. Déjà il s plaignait de lassitudes, de mal de tête; les symptômes d la dothinentérie ne tardèrent pas à se manifester, et la ma ladie de ce jeune homme ne fut ni moins grave ni moir prolongée que celle de son frère.

Le traité de la fièvre entéro-mésentérique de MM. Pet et Serres, et l'ouvrage récemment publié par M. Louis té moignent assez que les ouvriers, les domestiques affecté de dothinentérie, et reçus à toutes les époques de l'anné dans les hôpitaux de Paris, sont pour la plupart des jeune gens arrivés depuis peu de mois et même depuis un pet nombre de semaines dans la capitale. Je sais que le froid (le chaud, la sécheresse et l'humidité, des excès d'abst nence ou d'alimentation, de travail ou d'étude sont tour à-tour accusés de causer cette maladie; mais pour no habitans de la province, qui voyons le même objet so un autre aspect, il nous est difficile de croire qu'une m ladie si constamment uniforme soit l'effet de tant d causes opposées.

Les étudians en médecine, a-t-on dit, fréquentent les h

pitaux sans contracter la dothinentérie. Je ne citerai point les élèves qui en ont été atteints à l'hôpital de Tours, c'est des hôpitaux de Paris qu'il s'agit; or, je sais positivement qu'il y a peu d'années, deux élèves de Tours ont été affectés de dothinentérie peu de temps après leur arrivée à Paris, et qu'un d'eux, le jeune Salmon, est mort de cette maladie.

Je me rappelle aussi très-bien qu'en 1798, un élève de l'école de santé, Saclier, mon condisciple et mon ami, succomba à la dothinentérie dont il fut frappé, au moment où deux jeunes gens reçus à la clinique de Corvisart attiraient toute notre attention, dans le temps même que soir et matin nous suivions avec d'autant plus d'intérêt la marche de leur maladie, qu'à sa première visite, l'habile professeur avait jugé que l'un et l'autre étaient affectés de fièvre inflammatoire : « *synochus imputris* », avait-il dit, et que cependant nous voyons se prononcer de jour en jour les symptômes attribués alors par Pinel à la complication d'une fièvre adynamique.

Au début de sa maladie mon ami se crut d'abord atteint d'une fièvre bilieuse, mais bientôt on ne put méconnaitre la fatale complication, ou plutôt on crut que sa fièvre méningo-gastrique venait de se convertir en fièvre ataxo-adynamique. Dans le fait, les symptômes d'une dothinenterie grave avaient accompli leur évolution.

Nous n'avions quitté le malade ni le jour ni la nuit M.r Guersent et moi, et cependant nous échappâmes à la contagion. Mais M. Guersent avait été gravement affecté de dothinentérie avant de venir à Paris, et j'avais moi-même, dans mon enfance, péniblement échappé au danger d'une fièvre putride. Les circonstances de la maladie de M. Guersent sont remarquables, huit autres étudians avaient été affectés, en même temps que lui à l'hôpital de Rouen, de la fièvre typhoïde.

J'ignore si, comme nous, M. Dupuytren et quelques au-

tres élèves qui partagèrent les soins que nous rendîmes à Saclier, avaient déjà payé leur tribut à la dothinentérie, je sais seulement que dans les trente années qui se sont écoulées, je n'ai pu trouver l'occasion de constater que le même individu ait eu deux fois cette maladie. Cette sorte d'immunité avouée par la plupart de ceux qui ont long-temps fréquenté les hopitaux, et qui s'acquiert en subissant une première attaque de la dothinenterie, est un nouveau trait de ressemblance entre cette pyrexie et les autres exanthèmes contagieux.

Ici une objection se présente d'elle même : s'il est vrai qu'à Paris la dothinenterie se transmette souvent par contagion, comment, me demandera-t-on, n'y devient-elle pas épidémique ? Je réponds d'abord qu'elle y devient épidémique ; ensuite qu'à Paris, il est rare que les maladies contagieuses se multiplient au point de paraître épidémiques : que dans ce cas-là même, elles n'atteignent pas une forte proportion de la population.

Chacune de ces assertions exige quelques développemens ; la dothinenterie devient épidémique à Paris, et c'est même à une épidémie de dothinentérie qu'est dû le premier travail qui ait indiqué la spécialité et les caractères anatomiques de cette maladie, celui de MM. Petit et Serres, sur la fièvre entero-mésentérique. En 1811, est-il dit dans cet ouvrage, cette maladie se rencontra si fréquemment à l'Hôtel-Dieu, qu'on pût en recueillir environ cent observations dans l'espace de six mois. Une remarque toute semblable a été faite à l'Hôtel-Dieu en 1825, par MM. Husson et Récamier ; dans un même mois dix-sept sujets affectés de dothinentérie ont été reçus à la clinique de M. Husson, et dans le même temps à celle de M. Récamier. (1) Souvent la dothinentérie est devenue épidé-

(1) M. Husson, qui ne se rappelle pas aussi précisément le nombre

mique dans plusieurs cités populeuses de l'Europe. Une épidémie de dothinentérie est observée à Londres, par Sydenham en 1673, une à Lausanne par Tissot, en 1755, je dois faire remarquer que cette maladie de Lausanne est décrite par l'auteur de l'*avis au peuple* sous le nom de fièvre bilieuse. Sarcone nous a laissé l'histoire d'une semblable épidémie qui sévissait à Naples en 1764 : à Vienne, sous la date des années 1777 et 1779, on retrouve la dothinenterie signalée par Stoll, avec le talent d'observation qui distingue ce praticien.

Cependant, je le répète, la dothinenterie, toujours présente à Paris, parce qu'elle s'y maintient, parce qu'elle y est sans cesse importée, y devient par cela même plus rarement épidémique. Il en est de même de la plupart des

---

des sujets affectés de dothinentérie qu'il a eu à traiter, m'autorise à dire qu'il en vit alors, dans l'espace de trois mois, plus qu'il n'en a rencontrés dans les trois années qui depuis se sont écoulées. Bien antérieurement M. Breschet avait observé à l'Hôtel-Dieu en 1805 et 1806, une épidémie de dothinentérie. Cette épidémie avait particulièrement sévi dans le quartier du Panthéon. Dès cette époque, les caractères de la pyrexie exanthématique du canal digestif avaient été aperçus et notés par MM. Breschet, Teiffert et Savary. (Voy. *Archiv. gén. de Méd.*, tome VI, page 619.) Dans les salles de l'hôpital de Tours, j'ai rarement vu la dothinentérie se transmettre ; cependant en 1826, la variole, la dothinentérie et la dysenterie régnant en même temps, un assez grand nombre de jeunes sujets affectés de l'une ou de l'autre de ces maladies furent admis à l'hôpital qui se trouva bientôt encombré par cette affluence insolite. J'eus alors occasion de voir quelques individus atteints successivement de ces trois maladies ; tantôt ce fut l'une, tantôt ce fut l'autre qui eut l'initiative. M. Leuret a recueilli à l'hôpital de Nancy un semblable exemple de transmission de la dothinentérie. Est-il besoin de dire que les sujets affectés de ces diverses maladies, étant jeunes, se trouvaient dans les conditions les plus favorables pour les contracter, non-seulement parce qu'ils ne les avaient point encore éprouvées, mais aussi parce que, toutes choses égales d'ailleurs, les jeunes gens sont plutôt et plus facilement atteints par les maladies contagieuses ?

rables ! cette circonstance plus que toute autre contribu à la propagation de l'épidémie.

Des conditions tout opposées se remarquent dans les grandes villes, et surtout à Paris; les membres d'une même famille, ordinairement peu nombreuse, y sont de bonne heure disséminés dans les pensions, les collèges, les ateliers.

Suivant leur sexe et suivant leur âge les malades des familles nécessiteuses trouvent un refuge dans divers hôpitaux. A la vérité les foyers de la contagion se multiplient, mais en se divisant ils se répandent et disparaissent dans la masse immense de la population, d'où il arrive qu'à Paris les maladies contagieuses restent endémiques au lieu de devenir épidémiques, ou plutôt elles constituent des épidémies permanentes, dont le cours est seulement sujet à des vicissitudes qu'il serait important d'observer. A Paris, l'une ou l'autre de ces affections peut même acquérir une fréquence insolite, qui ne sera pas remarquée; ce n'est point comme à la campagne le même médecin qui, dans une même maison, dans un même arrondissement, voit les sujets affectés de la même maladie. Long-temps à Paris deux familles habitent sur le même pallier sans cesser d'être étrangères l'une à l'autre, et souvent il arrive que ce défaut de communication ne laisse en rapport avec les malades que les personnes qui n'ont plus d'aptitude à contracter leur maladie. Dans les familles aisées on prend un soin quelquefois exagéré d'isoler les malades, qui sont assistés par des femmes que leur métier a depuis long-temps prémunies contre tout danger; nulle part une portion considérable de la population, atteinte simultanément, ne forme un foyer de contagion durable, étendu, et cependant il est plus que probable que la quantité et le degré de concentration du virus absorbé, ne sont pas sans influence sur l'énergie de son action. De tout temps on a remarqué que les maladies

contagieuses devenaient et plus contagieuses et plus meurtrières par l'accumulation des maladies. La variole inoculée est généralement moins grave que la variole contractée par les voies ordinaires de contagion.

Lors même que l'accumulation des malades, dans un espace resserré, n'augmenterait pas l'activité du principe reproducteur des maladies transmissibles, on conçoit combien, dans une telle circonstance, les chances de contagion se multiplient pour ceux que des relations volontaires ou forcées mettent continuellement en rapport avec les sujets infectés.

Que cent piqûres soient imprégnées chaque jour, à plusieurs reprises, du vaccin fourni par dix individus, le développement de la vaccine deviendra, certes, plus probable qu'après une seule piqûre une seule fois imprégnée du même vaccin. Or, c'est dans une condition analogue à celle que je viens de supposer que se trouve l'individu placé au milieu d'une famille nombreuse de paysans affectés d'une maladie contagieuse qu'il peut encore contracter.

En 1826, au Petit Pressigny, arrondissement de Loches, la scarlatine atteignit près de 300 individus sur 896 habitans, et 50 moururent. On n'a jamais vu cette maladie sévir à Paris dans cette proportion. Quelle épidémie que celle qui, dans l'espace de peu de mois, atteindrait trois cent mille habitans, sur lesquels cinquante mille succomberaient.

La difficulté de suivre les traces de la dothinentérie s'accroît du défaut de signes propres à caractériser cette affection aux yeux des malades et de leurs proches. Si des indices connus, même du peuple, signalent les exanthêmes cutanés, et permettent assez souvent de distinguer les sujets qui ont déjà payé leur tribut à ces maladies, il n'en est pas de même de la dothinentérie. Sous la forme

la plus bénigne, cette affection a reçu et reçoit encore les dénominations les plus disparates. Quelquefois, bornée à sept ou quatorze jours de durée, elle disparaît sans laisser ni trace, ni souvenir. Combien de fois, sous sa forme la plus grave, n'est-il pas arrivé qu'elle ait été méconnue.

Fréquemment, on n'en peut douter, les lits des hôtels garnis et ceux des logeurs, chez lesquels les ouvriers se retirent en grand nombre, transmettent et propagent les maladies contagieuses. Dans ce cas, comment remonter à la source de la contagion. Si le malade, interrogé dans un hôpital, peut quelquefois répondre que le lit voisin du sien était occupé par un varioleux, il arrivera bien rarement qu'il puisse faire comprendre qu'un camarade, dont il a partagé le logement, était affecté de fièvre typhoïde. Dans aucun cas, il ne pourra dire s'il n'a pas occupé le lit encore chaud d'un homme qui vient d'être transporté dans un hôpital.

Quant aux hôtels garnis, pense-t-on que, dans ces maisons, on prenne souvent le soin de lessiver les matelas et les fournitures du lit sur lequel un jeune homme affecté de dothinentérie sera resté pendant plusieurs jours, et sur lequel même il aura succombé; qu'un autre étranger, que la dothinentérie peut encore atteindre, vienne la contracter dans le même appartement, sur le même lit, d'où viendront les renseignemens qui pourraient mettre sur la voie de la contagion?

M. Husson affirme que, depuis bien des années, il n'a pas observé une seule fois la dothinentérie au collége Louis-le-Grand, preuve irrécusable qu'il ne suffit pas de venir habiter Paris pour la contracter, qu'il faut fréquenter les lieux où la contagion attend ceux qui n'ont pas encore payé leur tribut à cette maladie; et M. le docteur Potier vient de voir la dothinentérie affecter toutes les demoiselles d'une pension située dans le faubourg St.-Germain,

sans qu'une seule l'ait pu éviter, et la pemière pensionnaire malade était arrivée depuis peu de jours de la province. Or, dans tous les environs de l'établissement, on n'observait pas de dothinentérie. A quoi peut tenir une pareille différence, sinon à la nature contagiense de la maladie ?

Rarement à Paris, j'en conviens, la contagion sera aussi sûrement constatée que dans le pensionnat dont je viens de parler, que dans un hameau où la dothinentérie ne régnera qu'après être restée long-temps sans se montrer ; sera-t-on en droit de nier pour cela que, à Paris, la dothinentérie soit contagieuse. Jusqu'ici, je le demande, a-t-on apporté beaucoup de soin à distinguer cette maladie de celle avec laquelle on l'a si souvent confondue ? A-t-on mis une grande attention à s'assurer si elle était réellement contagieuse ? L'observation l'a prouvé : la dothinentérie ne se communique pas aussi facilement que la variole ; contagieuse, c'est à sa manière qu'elle est contagieuse, et sous des conditions qui lui sont propres. Une maladie, pour être réputée contagieuse, doit-elle donc être contagieuse précisément au même degré qu'une autre maladie. La vaccine est-elle contagieuse ? Qui l'eût soupçonné avant la découverte de Jenner.

Des faits négatifs, et, toutefois, moins négatifs qu'on ne le suppose, peuvent-ils infirmer des faits positifs recueillis par un grand nombre d'observateurs. Ces faits, dès qu'on s'est donné la peine de les chercher, se sont multipliés, et ils sont aussi concluans qu'aucuns de ceux sur lesquels l'opinion de la contagion de plusieurs exanthêmes cutanés est établie. Que pourrait-on objecter, en effet, aux résultats des observations du médecin et du chirurgien en chef de l'école militaire de la Flèche, lorsque ces résultats sont comparables à ceux d'une expérience qui aurait été faite en grand et à dessein.

En 1826, plusieurs élèves de l'école militaire de la

Flèche sont affectés en même temps de la dothinentérie, qui régne épidémiquement dans la ville. Quatre élèves succombent, et les caractères anatomiques de l'exanthême pustuleux se montrent dans chacune des recherches nécroscopiques faites avec soin par le docteur Renou. Un des maîtres, originaire de Tours, se rend dans cette ville, et périt, à son arrivée, des conséquences d'une perforation dothinentérique de l'iléon. Réuni à plusieurs de mes confrères, je constate la nature des lésions morbides. Sur ces entrefaites, le général Danlion, gouverneur de l'école militaire, hâte l'époque des vacances; malgré cette précaution, soixante élèves sont atteints, et une des filles du général succombe; le docteur Renou acquiert la certitude que vingt-neuf des élèves qui se sont rendus chez leurs parens y ont été gravement affectés de la dothinentérie, et que huit l'ont communiquée.

Le docteur Renou, dans une lettre qu'il vient de m'adresser, à ces faits déjà si concluans, ajoute encore des renseignemens bien propres à convaincre que la dothinentérie peut être importée d'un lieu dans un autre; en un mot, que cette maladie peut être transmise par contagion.

J'ai adressé, m'écrit-il, ces jours derniers, au docteur Gendron de Château-du-Loir, l'extrait d'une lettre que je viens de recevoir du docteur Borie de Versailles. Il avait traité plusieurs de mes élèves. Je lui avais demandé les renseignemens. Voici sa réponse :

« J'ai traité, en août 1826, six élèves de votre école. Ils étaient tous atteints de gastro entérite, avec état adynamique bien prononcé. Cette maladie ne régnait pas alors à Versailles. Sur six malades, un seul est mort. La nécropsie n'a pu être faite. Parmi les personnes qui donnaient des soins, parmi celles mêmes qui ne faisaient que visiter les malades, plusieurs furent affectés de cette maladie et la communiquèrent à d'autres. Je ne balance pas

à reconnaître à cette affection un caractère de transmissibilité bien tranché. »

M. Renou ajoute : « J'ai su de l'un de nos élèves que lui-même communiqua la maladie à sa sœur; celle-ci à sa femme de chambre, et cette dernière à une amie qui venait la visiter. »

L'épidémie de Vendôme, attribuée à l'influence du froid, s'est prolongée jusqu'au mois de mai. Voici ce que m'écrit à ce sujet le docteur Gendron.

« La dothinentérie a cessé de régner dans nos salles » militaires à la fin d'avril; cependant, au commencement » de mai, une infirmière âgée de 16 ans a contracté cette » maladie à l'hôpital.

» Mêmes symptômes que chez nos dragons, même dé» veloppement de toutes les phases de la dothinentérie dont » la terminaison a été funeste.

» Depuis six semaines la dothinentérie s'est montrée au » village de Mazangé, près le gué du Loir, route de St.-» Calais. J'ai d'abord donné des soins à un homme de » 30 ans, qui en était atteint, et j'ai remarqué sur la peau de ce » malade des vésicules remplies de serosité et semblables » à celles que nous avions observées ensemble à l'hôpital » de Vendôme. Quelques jours plus tard, la fille du maître » d'école, âgée de seize ans, éprouva les premières atteintes » de la dothinentérie; elle est aujourd'hui au 25.e jour de » sa maladie; dès le 12 son jeune frère, âgé de 10 ans » et qui couchait dans la même chambre, s'est alité et les » symptômes de la dothinentérie se sont manifestés. J'ai » conseillé d'éloigner de la maison les frères et sœurs des » malades. »

M. Gendron ajoute que le docteur Louzier, qui n'a point assisté aux recherches nécroscopiques faites dans le cours de l'épidémie, ne partage pas sa manière de voir. M. Louzier est médecin de l'hôpital de Vendôme, et son témoignage, comme celui de M. Gendron, serait d'un grand

poids s'il eût observé l'épidémie, mais non : le docteur Louzier a une opinion qu'il ne veut pas compromettre avec les faits. Il faut convenir que c'est agir prudemment, les faits n'ayant point d'égard pour les opinions.

Depuis 1804, secondé par plusieurs de mes confrères, j'ai suivi la marche d'un grand nombre d'épidémies dothinentériques, et les faits que j'ai rassemblés montrent sans cesse la contagion comme la seule cause constante de la propagation et des migrations de ces épidémies.

A une époque où la dothinentérie n'avait pas été rencontrée à Tours depuis plusieurs mois, j'eus occasion de voir dans une pension un enfant qui, au 26.e jour de la dothinentérie, périt des conséquences d'une perforation intestinale. Le malade fut isolé, et cette précaution put empêcher la maladie de se propager dans le pensionnat; mais comment imaginer que l'affection à laquelle il succomba ne se fût pas développée spontanément? Depuis long-temps j'avais renoncé à demander à cet égard des renseignemens, lorsque la mère du malade, la seule personne à laquelle j'avais craint de m'adresser, me dit qu'elle se reprochait d'avoir laissé coucher son fils, quelques jours avant qu'il ne tombât malade, avec un autre de ses enfans qu'elle avait ramené de Nantes, convalescent d'une fièvre putride.

Depuis 1804, trois épidémies de dothinentérie se sont succédées à Chenonceaux, village situé sur le Cher, et que j'ai long-temps habité; la première commença dans l'automne de cette même année, la seconde dans l'été de 1812, et la troisième au printemps de 1820: celle-ci a été la plus sévère. Sur une population de deux cent personnes, trente-trois en ont été affectées depuis le mois de mars jusqu'au mois de septembre. Dans cette épidémie de 1820 j'ai vu jusqu'à 5 malades dans une même famille, et jusqu'à 7 dans une autre. A cette époque, le fils de mon jardinier, que ses parens avaient tenu éloigné des

malades, avait échappé à l'épidémie. A mon grand étonnement ce jeune homme a été atteint de la même maladie au mois de janvier 1829. Cependant, depuis près de 6 mois, une épidémie de dothinentérie qui avait sévi dans un village limitrophe était entièrement terminée, et j'avais d'ailleurs la certitude que, depuis 1820, la dothinentérie ne s'était pas montrée à Chenonceaux, ou que du moins elle n'y avait été apportée qu'une seule fois du dehors dans le cours de l'année qui s'était écoulée. Au 21.e jour le malade était tout-à-fait hors de danger. Tous les renseignemens que j'avais pris, m'avaient de plus en plus persuadé que pour cette fois la dothinentérie s'était développée spontanément, lorsque le père de cet enfant me rappela que j'avais renvoyé de Tours à Chenonceaux un jeune tailleur de pierre, ajoutant que l'enfant qui venait d'être malade était resté assis pendant une heure auprès de ce jeune homme, à peine convalescent et encore revêtu des habits qui lui avaient servi de couvertures de lit pendant sa maladie.

Depuis la discussion qui s'est élevée à l'académie, plusieurs nouveaux renseignemens m'ont été communiqués. Je tiens de M. Brault, qu'un domestique de M. le comte Théodore de Beaumont, ayant été visiter un de ses parens affecté de dothinentérie, dans un village à deux lieues de Beaumont, avait été peu de temps après son retour affecté de cette maladie. M. Brault craignant alors que la nourrice d'un enfant de M. le comte Théodore ne contractât la dothinentérie dans les visites qu'elle rendait au malade, avait donné le conseil d'éloigner cette femme et son nourrisson; mais déjà il n'était plus temps, les symptômes de la dothinentérie commençaient à se manifester. La convalescence du domestique ne fut décidée qu'au 30.e jour, et celle de la nourrice au 40.e.

Une femme du bourg de Beaumont, qui fut chargée de

laver, avant de le lessiver, le linge du domestique, mais qui n'eut avec les malades aucune communication directe, se plaignit d'avoir été fort incommodée par l'odeur du linge qu'elle avait blanchi. Cinq ou six jours plus tard, une cephalalgie intense, précédée de frissons et accompagnée de vertige, marqua l'invasion de la dothinentérie. Cette femme était à peine hors de danger au 36.e jour de la maladie, qui ne se transmit pas dans le bourg où la dothinentérie, il est vrai, avait régné deux ans plus tôt.

Une liste de 32 sujets affectés successivement de la dothinentérie dans trois hameaux voisins, dépendans de la paroisse de Luzillé, arrondissement de Loches, vient de m'être adressée par M. Boutet, officier de santé, ancien élève de l'hôpital de Tours.

La transmission de la maladie d'une famille à une autre, son importation d'un village voisin, à la suite de soins rendus et de relations de parenté, ne sont pas moins positivement indiqués dans la notice de M. Boutet que dans le mémoire de M. Gendron de Château-du-Loir.

Aujourd'hui même, M. le docteur Harel a bien voulu me remettre une notice sur une épidémie de typhus observée en Lorraine; je regrette de ne pouvoir en donner que ce court extrait.

Au commencement de l'hiver de 1827 à 1828, le typhus fit des ravages dans le département de la Moselle et dans la partie limitrophe du département du Bas-Rhin. Il est à ma connaissance que tout le pays qui s'étend de Sarreguemines à Sarre-Union et Saverne en fut désolé; pendant un séjour que je fis à la campagne en décembre 1827, j'eus occasion de voir cette maladie à Druclingue entre Saverne et Sarre-Union. J'étais à peine arrivé aux verreries de Saint-Quirin, au commencement de février 1828, que j'entendis parler de la maladie de Cirey, c'est ainsi qu'on appelait à Saint-Quirin ce typhus épidémique : et les

signes diagnostiques, indiqués par M. Harel, ne permettent pas de douter que ce typhus ne fût la dothinentérie.

Les habitans des villages où régna cette épidémie sont pour la plupart employés aux manufactures de glaces de Cirey et de Saint-Quirin. J'ignore comment la maladie pénétra à Cirey, je sais seulement qu'il y avait à la même époque beaucoup de malades atteints du typhus dans les environs de Blamont. Quant à Saint-Quirin, il est sûr que la maladie y fut apportée de Cirey et ne pénétra pas plus avant dans la montagne, mais se circonscrivit autour de la verrerie, bornée au village de Saint-Quirin, des Barraques, et d'Abercheville qui furent successivement affectés. Ce qu'il y a de plus remarquable, c'est que la verrerie de Saint-Quirin resta exempte de la maladie qui désolait et le bourg de Saint-Quirin et les villages qui l'environnent. Or, la population de la verrerie est une population à part, soumise à des habitudes d'ordre et de discipline qui restreignent ses communications. Employés dans l'intérieur de l'établissement, les ouvriers de la manufacture y sont spécialement occupés au coulage des glaces; ce sont les verriers fondeurs et verseurs proprement dits. Les habitans du village de Saint-Quirin, au contraire, lorsqu'ils viennent travailler dans l'établissement, n'y sont employés que dans les ateliers des dégrossissoirs qui se trouvent hors de la verrerie, et à une certaine distance. Il y eut pourtant à la verrerie trois malades dont deux n'eurent pas avec les sujets infectés des communications connues.

Un ouvrage publié en Angleterre, par les soins du gouvernement, à l'occasion de la fièvre épidémique qui a régné il y a peu d'années en Ecosse et en Irlande, ne laisserait pas la question de la contagion long-temps indécise, si l'identité du typhus et de la dothinentérie était manifestement démontrée par des recherches nécroscopiques convenables.

Plus de vingt mille personnes ont été atteintes de la fièvre épidémique, et les médecins qui ont cooperé à la rédaction de l'ouvrage cité montrent clairement comment la maladie a été disséminée par les irlandais, qui, à une époque de l'année, quittent leur pays pour se répandre dans d'autres contrées. La contagion de ce typhus ou de cette fièvre typhoïde ne pouvait être établie sur des faits plus clairs et plus positifs. Mais en vain j'ai cherché les caractères anatomiques du typhus d'Irlande; deux ouvertures de cadavre sont, il est vrai, mentionnées, mais l'état du canal digestif n'a pas été observé.

Je puis seulement affirmer que le docteur Alisson, professeur de jurisprudence médicale à Edimbourg, en voyant chez moi une collection de pièces anatomiques qui offraient les phases successives de la dothinentérie, reconnut, dans celles où les lésions correspondent au vingt-sixième jour, une altération semblable à celle qu'il avait observée sur une jeune fille qui avait succombé à la fièvre épidémique, et dont la mort avait été causée par la perforation de l'iléon.

Il est vraiment déplorable qu'il reste encore des doutes sur la nature des lésions propres au typhus des camps, lorsque tant de milliers de soldats, à l'époque des dernières guerres, ont été enlevés par cette maladie. En 1814 à Tours, quinze élèves furent affectés du typhus qui règnait parmi les militaires de l'armée de la Loire, que les événemens avaient entassés dans l'hôpital et dans les succursales qui y furent annexées. Je ne fus à la vérité attaché à cet établissement que six mois plus tard; toutefois, d'après ce que j'appris alors des symptômes de la maladie, de sa durée, de ses conséquences, je ne puis douter que le typhus de cette époque ne fût la dothinentérie accompagnée de pétéchies, maladie qui est sans doute à la dothinentérie simple ce qu'est la variole ordinaire à la

variole pétéchiale. Subséquemment, l'inaptitude de ces jeunes gens à contracter la dothimentérie, inaptitude que j'eus plusieurs fois l'occasion de constater, me confirma dans l'opinion qu'ils avaient en 1814 payé leur tribut à l'exanthème pustuleux du canal digestif (1).

Mais n'existe-t-il pas une pyrexie pétéchiale à périodes plus rapides que la dothinentérie, et qui, souvent confondue avec elle, serait une maladie distincte; voilà une question dont la solution ne peut être obtenue que par des recherches ultérieures.

Ce n'est sans doute pas d'après un examen positif que M. Rochoux a pu décider que, dans le typhus des camps, l'appareil de Peyer est rarement affecté. La maladie observée sur un soldat d'artillerie, par les médecins français envoyés à Gibraltar, et qui, suivant M. Rochoux, était le typhus, loin de différer, comme il l'a dit, de la dothinentérie par l'absence des lésions propres à cette maladie, a présenté au contraire tous les caractères anatomiques de la dothinentérie parvenue au quatorzième jour.

Si les renseignemens que s'est procurés M. Rochoux sont authentiques, ils manquent certainement d'exactitude.

---

(1) Il est remarquable que la maladie ne se communiqua dans la ville qu'à un petit nombre de familles. Elle resta à la même époque concentrée dans les hôpitaux militaires de Paris, et n'atteignit qu'une partie de ceux qui fréquentaient les malades. Du moins aucun témoignage contemporain n'indique-t-il qu'en 1814 le typhus soit devenu épidémique dans la capitale.

A cette époque, M. le docteur Aubeuf, médecin à Meudon, y vit plus de trente habitans affectés de dothinentérie. La maladie avait été évidemment communiquée à quelques familles par des soldats qui en étaient atteints : M. Aubeuf donna successivement des soins à onze malades dans une seule maison occupée par plusieurs locataires. Je dois ajouter que le même médecin ne se rappelle pas avoir rencontré à Meudon, depuis 1814, un seul exemple de dothinentérie.

Pour constater si la dothinentérie se transmet par contagion, il faut invoquer les faits; dans les cités populeuses il ne faut pas les attendre, mais aller à leur recherche. Là, je le répète, les traces de la contagion, des affections transmissibles se croisant en tout sens, sont difficiles à suivre. J'aurais cru manquer à un devoir, en n'appellant pas sur un sujet de cette importance l'attention de l'Académie, avant la publication d'un travail dans lequel j'ai exposé en détail un grand nombre d'observations que j'ai recueillies ou qui m'ont été communiquées.

Observation d'une extirpation complète de l'utérus pratiquée à l'Hôtel-Dieu de Paris; par M. le professeur Récamier.

La science possède déjà un certain nombre de faits de ce genre, la plupart avec des circonstances spéciales, et n'ayant pas encore fourni les bases solides d'une méthode opératoire régulière et satisfaisante. Si quelques personnes admettaient *à priori* la possibilité de l'extirpation de l'utérus, beaucoup d'autres ne pensaient pas ainsi. L'expérience a dû décider la question de fait; il ne s'agit plus que de discuter la valeur de la méthode. L'observation suivante nous semble devoir conduire à ce résultat.

N.° 9. *Salle Saint-Lazare.* — Agathe Ca**, âgée de cinquante ans, brodeuse, de taille moyenne, bien conformée, issue de parens sains, s'est toujours bien portée. Réglée pour la première fois à douze ans et demie, elle s'est mariée fort jeune et est accouchée pour la première fois à vingt-un ans. Elle eut un second enfant huit années plus tard, puis un troisième à trente-neuf ans. D'un caractère doux, cette femme a vécu exempte de troubles

et de chagrins. Elle n'a jamais eu de fleurs blanches, ni d'affections syphilitiques, herpétiques ou rhumatismales. Les règles étaient peu abondantes, leur apparition n'était précédée ni suivie d'aucune douleur. Elle est habituellement constipée.

En décembre 1828, l'écoulement menstruel fut précédé et suivi, pour la première fois, d'un flux muqueux inodore et peu abondant. La quantité de sang était moindre que de coutume, et quelques gouttes de ce liquide apparurent dans l'intervalle des époques menstruelles, circonstance tout-à-fait nouvelle pour la malade. Aux trois époques suivantes, le flux muqueux augmenta, il prit une teinte jaune, puis verdâtre, souvent il était mêlé avec du sang vermeil et de petits caillots noirs. En même temps, ces excrétions prenaient une odeur d'abord aigre, puis nauséuse, enfin très-fétide. Il y eût alors de véritables pertes, peu abondantes à la vérité, mais assez fréquentes pour amener un état anémique avec faiblesse croissante.

Jusque-là, la malade n'avait éprouvé aucune douleur dans l'appareil génital : aussi ces symptômes, considérés comme l'*époque critique*, ne furent l'objet d'aucun traitement. Cependant la faiblesse augmentait, tout travail devenait impossible; cette femme entra à l'Hôtel-Dieu le 24 juillet dernier. L'appareil génital examiné donna lieu aux remarques suivantes.

La lèvre postérieure du museau de tanche est détruite; l'antérieure, saillante de plus d'un demi-pouce, est rugueuse, bosselée, ulcérée à sa face interne; l'ouverture du col est large, et le doigt pénétre avec la plus grande facilité dans son excavation qui est agrandie par suite du ramollissement de ses parois; il est évidé, et cependant encore très-épais par suite du développement des fongosités et des tumeurs encéphaloïdes. Le côté postérieur du vagin est ulcéré dans l'étendue d'un pouce. Le doigt

porté dans le rectum fait reconnaître le gonflement du col utérin; l'intestin est sain, libre d'adhérences, il en est de même de la vessie. Le ventre est souple et indolent; le pouls consistant, la langue belle. La malade, pleine de confiance, demande à être guérie par quelque moyen que ce soit. Le 26, à sept heures du matin, M. Récamier pratique l'opération suivante.

La malade est tenue par des aides sur le pied d'un lit disposé comme pour la lithotomie. Deux pinces de Museux ayant les manches recourbés à angle droit, sont fixées sur la partie saillante du col et confiées à un aide qui exerce une traction lente, forte et continue, afin d'abaisser le corps utérin autant que possible. Ce premier temps de l'opération fut le plus douloureux. M. Récamier explore alors le rectum, qui n'a pas suivi la matrice dans son déplacement, et procède de suite à la section du vagin; l'indicateur gauche sert de conducteur à un bistouri en rondache, tranchant seulement à son extrémité, et qui divise la muqueuse vaginale à l'endroit où elle se reploie sur le museau de tanche. Alors le doigt seul pénètre dans l'incision et divise le tissu cellulaire qui unit le col utérin au bas fond de la vessie. Cette séparation est faite dans l'étendue de deux pouces. Arrivé au péritoine, le bistouri le divise comme la muqueuse et alors le doigt peut aller explorer le corps de l'utérus. Les ligamens larges sont tendus par suite de l'abaissement de la matrice. Un bistouri boutonné est conduit sur l'endroit où ces replis membraneux s'insèrent à l'angle de l'utérus et les divise dans les deux tiers de leur hauteur. Cette partie de l'opération a été exécutée avec une promptitude et une sûreté admirables. La malade n'avait pas perdu une once de sang, et elle se plaignait fort peu.

L'indicateur gauche, recourbé à angle aigù, embrasse le reste du ligament large, tandis que la main droite,

armée d'une longue aiguille à manche, traverse la partie supérieure de la muqueuse vaginale, et porte une ligature qui sort en arrière où elle rencontre l'indicateur gauche; la ligature est saisie et ramenée au-dehors où elle est confiée à un aide qui place un serre-nœud à coulant et comprime les parties qu'elle entoure. La même chose est faite de l'autre côté, et dès lors toute crainte d'hémorrhagie est détruite.

Cela étant achevé, le corps de l'utérus est ramené en avant, attiré au-dehors; les pinces de Museux sont dégagées, et l'opérateur divise la partie postérieure du vagin ainsi que les replis péritonéaux qui unissent encore l'organe aux parties voisines. Le bistouri boutonné n'agissait en quelque sorte que sur des parties à découvert; le doigt d'un aide placé dans le rectum s'assurait des progrès de la section et devait en avertir M. Récamier. De cette manière l'ablation fut bientôt complète, et à l'instant où le faisceau membraneux contenant les artères utérines fut divisé, il ne s'écoula pas de sang, tant les ligatures étaient convenablement placées.

A l'instant où l'utérus fut enlevé, l'extrémité du grand épiploon parut entre les petites lèvres et fut repoussée aussitôt. On fit des lotions d'eau froide sur la vulve, on nettoya toute cette région, une petite éponge fine fut placée à l'entrée du vagin, et la malade fut portée sur son lit. Elle était baignée de sueur et fort abattue. (*Potion éthérée; instillations d'eau fraîche sur le visage*). La tête et les genoux furent maintenus élevés, et le ventre recouvert d'un cataplasme. Il y eut dans la journée plusieurs vomissemens. Le pouls se relève un peu dans la soirée; la chaleur reparaît. Ténesme vésical; il fallut sonder l'opérée plus de vingt fois. Même état pendant la nuit. Il y a un suintement séro-sanguinolent peu copieux. On donne une boisson simple et une potion calmante.

Le 27, un peu d'élévation du pouls et de la chaleur. La malade a été fatiguée de questions et de visites. Encore quelques vomissemens dans la journée. Le soir, saignée de bras, de six onces environ; caillot contracté et couenneux. Cathétérisme. Pas de selles. (*Cataplasmes et mêmes moyens*). Soulagement.

Le 28, pouls plus fréquent, 85 par minutes, un peu de ballonnement du ventre; le suintement vaginal continue. (*Lavement émollient*). Le soir, deuxième saignée comme la première et également couenneuse. M. Récamier explore le vagin et trouve un commencement de réunion entre les parties divisées; il détruit cette adhérence qui s'opposait au passage des liquides, devant nécessairement s'écouler par-là. Il y a de légères coliques et le ventre se tend, surtout à l'hypogastre; il est peu sensible à la pression. Somnolence; pouls petit et battant le soir 100 fois par minute.

Le 29, même état du pouls, troisième saignée de bras également couenneuse. Lavement émollient qui entraîne des matières fécales, mais en petite quantité. Le ventre se gonfle de plus en plus; la douleur est presque nulle. On donne trois grains de calomel. Augmentation de la chaleur de la peau, légères coliques, nausées, deux vomissemens. Le soir, douleur fixe dans la region cœcale; quarante sangsues sur cette partie; soulagement instantané. Dans la nuit, un peu de sommeil; gaz par la bouche et l'anus; on pratique toujours le cathétérisme, mais moins souvent.

Le 30, les ligatures sont relâchées, il n'y a pas d'écoulement sanguin. Décoction légère de graine de lin pour boisson; quelques cuillerées de crême de riz et de bouillon de poulet; langue belle. Dans la soirée un peu de douleur dans les aines; vingt-cinq sangsues sur ces régions. On donne quelques grains d'extrait de belladone. Le pouls s'étant relevé ainsi que la chaleur générale, la malade est mise

dans un bain tempéré et y reste une démi-heure. Le ventre se détend, et de cent dix à cent quinze pulsations le pouls tombe à quatre-vingt-dix; la malade s'endort.

Le 31, nouveau bain à sept heures et demie; calme; bouillon de veau; dans la soirée un peu d'agitation, douleurs dans les aines; vingt sangsues; plus tard, vingt autres sangsues, sur le même endroit; bain tiède; la malade est très-soulagée et urine volontairement dans l'eau. Les liquides qui s'écoulent du vagin commencent à se teindre en brun et à devenir fétides.

Le 1.er août. Amélioration notable. Le pouls est vif et petit, le ventre indolent quoique ballonné. On donne toujours des boissons émollientes, des potions calmantes, des lavemens et des cataplasmes.

Le 2, l'exploration du vagin avec le spéculum fait reconnaître un commencement de cicatrisation, mais le fond de la plaie contient un peu de liquide brun qui paraît être du sang décomposé. Les serre-nœuds ont été retirés la veille, et à leur place se trouvent deux petites escarres. Deux lavemens provoquent deux selles copieuses. Un bain le matin; dans la journée, la malade est effrayée par un homme ivre. Second bain le soir, qui ne la calme qu'imparfaitement.

Le 3, nuit agitée, diarrhée; pouls petit et très-vif; agitation, peau blafarde, couleur de cire, maigreur; écoulement vaginal très-fétide; injections d'eau pure renouvellées très-fréquemment. Lavemens émolliens. toujours des bains tièdes pendant trois quarts d'heure et même plus. Bouillon. Décoction blanche. On enlève les ligatures. Les urines commencent à couler involontairement pendant la nuit. Plus de tympanite. Ventre tout-à-fait indolent.

Les jours suivans, ces symptômes s'améliorent peu-à-peu et bientôt la malade est hors de danger. Quelques

selles liquides trop abondantes font recourir au diascordium, et le ventre se resserre. Les battemens du cœur, qui avaient offert quelques irrégularités, reviennent à l'état normal. On donne des alimens solides, des crêmes, des bouillies. Le sommeil est bon, et la malade qui avait été inquiète reprend toute sa sérénité. Les injections vaginales font promptement cesser la fétidité de l'écoulement; bientôt le liquide, de brun qu'il était, devient séreux, clair, mêlé de flocons albumineux, puis de pus de bonne nature. On donne toujours des bains.

Le 10, on lève la malade, et elle reste assise une demi-heure sans en être fatiguée. Chaque jour, les forces reparaissent, l'appétit augmente et le succès de l'opération est plus assuré. Aujourd'hui, 8 septembre, cette femme a repris un peu d'embonpoint, la teinte jaune-paille de sa peau diminue peu-à-peu, la maigreur disparaît, les forces reviennent, et elle peut descendre au jardin et remonter seule les cinq étages. Elle dort bien, mange avec appétit, digère facilement, les selles sont régulières; les urines coulent souvent pendant la nuit sans qu'elle s'en apperçoive.

Presque tous les professeurs de la Faculté et un grand nombre de médecins et de chirurgiens des hôpitaux ont examiné la malade à différentes reprises et constaté le travail de cicatrisation qui s'est fait dans le vagin. La partie supérieure de ce conduit est resserrée circulairement et froncée comme une bourse; l'ouverture qui a pu recevoir le bout du doigt, conduisait à une excavation arrondie formée par le rapprochement du bas-fond de la vessie et de la partie antérieure du rectum. Le cul-de-sac se resserre de jour en jour et fournit à peine quelques gouttes de pus de bonne qualité. Le froncement annulaire se trouve à plus de trois pouces de l'orifice externe du vagin. On ne sent dans aucun point de ce canal ni dureté,

ni gonflement, ni rien qui annonce une altération quelconque de ses parois.

Il résulte de ce fait qu'un cancer de l'utérus au dessus de toutes les ressources ordinaires de l'art, a été guéri par l'ablation totale de l'organe malade. D'autres praticiens ont tenté ce moyen extrême avant M. Récamier, et depuis Langenbeck et Sauter, Osiander et plusieurs autres en ont fourni des exemples (1). Mais il importe de spécifier les cas dans lesquels l'opération est praticable et d'établir les règles suivant lesquelles le chirurgien doit se conduire. Voici à ce sujet, les idées émises par M. Récamier.

Il faut : 1.° Que la vessie et le rectum soient sains; 2.° que l'utérus soit mobile; 3.° que les ligamens larges ne contiennent pas de tumeurs. L'exploration par le rectum permet de juger rigoureusement l'état du corps de la matrice et de ses annexes. S'il est impossible de fixer des pinces de Museux sur le col, il faut faire le premier temps de l'opération et placer un crochet sur le devant du corps de la matrice, car il est indispensable de l'abaisser pour tendre les ligamens larges que l'on ne pourrait pas couper sans cette précaution. Cela est encore nécessaire pour passer les ligatures. On ne doit pas redouter l'hémorrhagie si l'on prend les précautions indiquées précédemment; les artères ovariques n'ont été liées par aucun opérateur, et cependant, on ne voit pas qu'elles aient fourni du sang. Quant aux branches utérines elles sont comprimées par les ligatures, et on a vu avec quelle efficacité. En supposant que quelque tronc donnât du sang, on l'arrêterait en se servant d'une lame de plomb recourbée en pince et laissée en place, comme l'a indiqué le docteur Négrier d'Angers. On pourrait encore essayer la torsion du vaisseau.

Cette opération ainsi que la plupart de celles que l'on

---

(1) Voy. *Archiv. gén.*, tom. V, pag. 613; et tom. X, p. 88 et 105.

connaît, prouve que le développement de la péritonite beaucoup moins à redouter qu'on ne le pense *à pric* La sortie de l'intestin grêle est empêchée par le mésent qui n'a pas assez de longueur pour permettre ce dépla ment, du moins, d'une manière subite. L'entrée de l' dans le péritoine n'est pas plus facile, car le vagin ne re pas béant. La phlegmasie locale verse ses produits dehors et cela d'une manière immédiate, ce qui en dii nue d'autant le danger. D'ailleurs cette phlegmasie traumatique, et l'on sait que cette sorte de phlegmasi peu de tendance à gagner les parties voisines. Ces coı dérations, qu'on pourrait appuyer de beaucoup d'autr doivent engager les praticiens à ne pas regarder comme curables les cancers utérins, lors même qu'ils ont pris assez grand développement. L'opération de M. Récam aura des imitateurs, et l'humanité y gagnera. B.

Observations pour servir à l'histoire des pleurésies a épanchement, et de l'empyème; recueillies à l'hôpi Saint-Antoine; par M. Bonnet, *interne dans service de M.* Rayer.

Le nommé Couilliard (Louis), âgé de 24 ans, entı le 20 mai 1829, à Saint-Antoine. Ce jeune homn bien constitué, n'a jamais été malade : trois semaiı avant son arrivée, il fut exposé, ayant déjà sa chem mouillée, à la pluie une partie du jour. Depuis ce tem] douleur dans le côté gauche, accompagnée de toux; r piration chaque jour plus gênée : il ne pouvait dorı que sur le côté malade.

A son entrée, langue blanche, anorexie, diarrhé pouls accéléré; dans le côté gauche, douleurs légèr mais continues; respiration courte, gênée; face pâle, peu bouffie. La percussion donne un son mat à gauch

excepté dans le sommet de la poitrine, où la respiration s'entend encore, ainsi que le long de la colonne vertébrale. En se rapprochant de l'épine dorsale, vers la racine des bronches et le sommet des poumons, la voix devient claire, tremblotante; l'œgophonie est très-distincte. Les battemens du cœur s'entendent un peu à gauche, mais bien plus dans la région épigastrique sous le sternum, à droite de cet os. Le côté gauche paraît un peu bombé, mais la mensuration prouve qu'il n'en est rien. A droite, sonoréité, expansion pulmonaire parfaites. Diagnostic : *Épanchement pleurétique à gauche. Irritation légère de l'intestin.* (*Lait; saignée de deux palettes.*)

Le 21, le sang est couenneux; le malade se trouve mieux; le point pleurétique est diminué. (*Saign. de deux pal.; tisane de chiendent, avec 30 gr. nit. de potasse; diète.*)

Le 24, les battemens du cœur sont plus sensibles à droite, où on peut les apercevoir; éblouissemens; pouls plein, dur. (*Saignée de 2 pal.; le reste idem.*)

Le 25, sang couenneux; matité moins grande; il n'y a plus de douleur dans le côté gauche; l'œgophonie s'entend autour de l'angle inférieur de l'omoplate; la respiration semble se faire mieux; le malade dort dans toutes les positions; il urine plus que de coutume. (*Soupe; 40 gr. de nit. de pot.; tis. de chiend.; vésicat. vol. à gauche.*)

Le 1.er juin, la matité diminue; l'œgophonie s'entend plus bas et plus distinctement. (*Presc. id.; le quart d'alim.*)

Le 5 au matin, mieux; le soir, frissons, douleur dans le dos; chaleur à la peau; face rouge; pouls plein, accéléré; matité, à la percussion; j'entends, excepté au sommet, dans tout le lobe supérieur du poumon gauche, du râle crépitant; toux; expectoration collante, blanche; la voix est plus bronchique; l'œgophonie ne peut être perçue. Diagnostic : *pneumonie* (*Diète; saign. de 3 pal.*)

Le 6, sang couenneux; il n'y a plus que quelques bull crépitantes; la voix se rapproche de l'œgophonie; la re piration s'entend un peu sous l'épanchement. (*Prescri comme la veille. Diète; vésicat. sur le côté gauche.*)

Le 19, toux; expectoration liquide; pouls petit; pea chaude; moins de sommeil; l'inspiration est assez pr fonde, la matité complète; on n'entend que l'expansic du poumon sain à travers le liquide; l'œgophonie est pe sensible et dans un point plus élevé; sueur. (*Chiend.* 50 *gr. nit. de pot.; soupe.*)

Le 27, matité très-grande partout; la respiration n s'entend plus que le long de la colonne vertébrale; le mala ne respire qu'assis ou couché sur le côté gauche; la resp ration est plus gênée, la parole plus courte; les espac intercostaux sont plus saillans; le côté gauche a quin lignes de plus que le droit; toux avec expectoration pe abondante, blanche; peau chaude; pouls fréquent. I cœur, refoulé à droite, s'entend jusque sous la clavicu et en arrière; ses mouvemens sont tumultueux: le vésic toire ne suppure plus. (*Prescrip. id.; potion purgative*

Le 29, trois selles peu copieuses; légère épistaxis. (*Sa gnée de* 2 *onces; prescrip. id.*)

Le 30, sang couenneux; œdème des membres inférieu gauches. (2 *moxas.*)

Le 2 juillet, le côté gauche du thorax est œdémateu conserve l'impression du doigt; empâtement, fièvre pouls fréquent, petit; C... se tient toujours couché à ga che; la cuisse, le bras de ce côté sont œdémateux; poi de diarrhée. (*Chiend.; nit.; diète.*)

Le 6, l'œdème est augmenté; de plus, il y a un érys pèle rouge luisant de tout le côté gauche de la poitrin avec sensation très-bornée de fluctuation sous la clavicu vis-à-vis la troisième côte.

Le 9, l'érysipèle s'étend; le côté gauche de la po trine offre une saillie considérable de six à sept pouce

de diamètre; au-dessous de la clavicule, en dehors du sternum, on éprouve la sensation d'un gaz qui se déplace, et produit le gargouillement quand on le comprime; si on applique le stéthoscope sur ce point, on entend le bruit produit par le gaz pendant chaque inspiration, de manière à faire croire que ce foyer communique avec le poumon; il n'y a pas d'emphysème autour. Le foyer purulent et lès gaz augmentent pendant les efforts de la toux; la matité de la poitrine éloigne de l'idée de la présence de gaz dans la plèvre; on n'entend point l'œgophonie; incision de dix-huit lignes de profondeur au point le plus déclive pour donner issue au pus et au gaz; il ne s'en écoule rien. (*Chiend.; nit.* 30 *gr.*)

Le 11, la poitrine est beaucoup plus saillante; les lèvres de l'incision sont réunies. Tous les symptômes d'hier sont plus évidens. (*Prescrip. id.*)

Le 12, l'air chemine dans le tissu cellulaire, et produit l'emphysème de tout le côté; respiration gênée, difficile; expectoration purulente, non odorante, très-abondante; matité complète; râle trachéal très-prononcé. Mort à dix heures du matin.

Autopsie faite vingt-quatre heures après la mort en présence de MM. Rayer, Bricheteau, Velpeau et de plusieurs élèves. — Le son, sur la tumeur, est clair; on détermine le gargouillement par la pression. J'incise la peau avec soin, et on voit des traînées de pus dans le tissu cellulaire. J'enlève le grand pectoral en conservant son attache à la clavicule, et sous lui existe un vaste foyer purulent contenant un pus jaune épais. En insufflant le poumon, on voit un flot de liquide sortir, et le pus agité par l'air qui s'échappe par une ouverture située près du sternum, entre la troisième et la quatrième côtes. La côte supérieure est noire, dénudée de son périoste dans l'étendue de quinze lignes. L'ouverture de la poitrine, à-peu-près

circulaire et oblique sous les intercostaux, est travers par des filamens celluleux, et communique direct ment dans la poitrine. La circonférence de ce large foy est indurée, enflammée. Le poumon droit est sain. cœur est refoulé dans ce côté de la poitrine. A gauche, poumon, de l'épaisseur de la paume de la main à-p près, est appliqué sur la colonne vertébrale. Sur sa s face, recouverte d'épaisses fausses membranes jau comme toute la plèvre, on voit près du sommet une tite ouverture circulaire d'une ligne et demie de d mètre à-peu-près; au-dessous d'elle, la plèvre est décol et forme la paroi d'un foyer qui pourrait contenir une n ordinaire, traversé dans différens sens par des filam celluleux et vasculaires. Le tissu du poumon, qui for l'autre paroi de ce foyer, est inégal, anfractueux, s fausse membrane. Le reste de cet organe est sain, et présente aucune trace de tubercule. Autour de l'ouv ture de ce foyer, dans la plèvre, existe un léger rebc circulaire, lisse, peu épais, formé par la fausse membran il en existe un semblable autour de l'orifice interne l'ouverture pariétale, mais plus grand que celui-ci.

Réflexions. — Cet épanchement s'est fait jour à-la-f dans les parois de la poitrine et dans les bronches. Co ment cela peut-il avoir lieu? De trois manières évide ment : 1.° ou par la gangrène de la plèvre; 2.° ou à la su d'abcès développés dans la plèvre; 3.° ou par la distensic l'éraillement des parois.

Dans le cas que je rapporte, la gangrène de la plè n'a point précédé l'issue du pus.

Si nous analysons ce qui s'est passé chez ce malac et si nous suivons la marche de la maladie, nous serc porté à croire que des abcès se sont d'abord développ l'un dans la paroi de la poitrine, l'autre sous la plèvre, en elle et le poumon, et, qu'ouverts l'un et l'autre dans la cav

de cette membrane, ils ont permis au pus de s'écouler par ces deux points à la fois. Une inflammation s'est d'abord développée, le 2 juillet, dans les parois de la poitrine, accompagnée de fièvre, d'empâtement œdémateux. Déjà un travail se faisait dans ce point, le pus commençait à être sécrété au loin sous les muscles inter-costaux, ce qui, à cette époque, empêchait de le sentir. Ce qui fait encore croire que c'est là que le pus a commencé à se former, c'est la couleur noire de la troisième côte, couleur qui n'a point été le résultat de la présence du pus échappé de la poitrine entre l'os et les muscles, car ce fluide baignait aussi la quatrième et la cinquième côte, et elles étaient saines. Un abcès s'est donc formé là où existait l'ouverture de communication. Le 6, sur cet œdème se manifesta un vaste érysipèle. Sans doute que, à cette époque, l'abcès s'est ouvert dans la plèvre, et a permis au pus qui y était contenu de s'écouler au dehors. Le 9, la toux est accompagnée de l'expectoration d'un liquide purulent au dehors. La fluctuation, sensible dans une plus grande étendue, s'accompagne d'un sentiment de gargouillement tellement évident, qu'il semble que ce phénomène se passe dans une vaste caverne pulmonaire à demi remplie de pus. De l'air ou un gaz s'est donc mêlé au liquide; aurait-il été secrété par les parois du foyer, comme cela se voit quelquefois? mais alors il n'aurait jamais été aussi abondant, et bien que les mouvemens de la poitrine, en le comprimant, dussent y déterminer le gargouillement, cette opinion n'est cependant pas celle à laquelle il faille s'arrêter. On pensa plutôt que le pus s'était fait jour dans le poumon. Comment s'était faite cette fistule pulmonaire? L'autopsie en a rendu compte; car on trouva la plèvre décollée dans une assez grande étendue, percée à son centre; le tissu du poumon, détruit dans ce point, ne

présentait plus que quelques filamens. Là, avait existé san nul doute un foyer purulent qui s'était fait jour dans l plèvre et les bronches, et n'a pas été reconnu pendant l vie à cause de l'épanchement, à cause de l'aplatissemer du poumon, qui ne respirait plus. Mais en remontar plus haut, on trouvera les traces du commencement d ce travail.

Laennec dit qu'il n'a vu qu'une fois la plèvre perfor par un abcès développé dans les muscles extérieurs donner issue au pus. M. Andral en rapporte un exempl il y en a un troisième dans les *Archives*. Les épanch mens pleurétiques s'ouvrent bien plus rarement dans l bronches. Ce qui est plus rare encore, c'est l'ouvertu d'abcès dans le poumon et la plèvre à la fois; Bayle a le premier parlé d'une manière positive. M. Andral cite un cas. Le mien est un exemple des deux à la foi avec cette circonstance unique qu'il y avait en mên temps épanchement d'air à l'extérieur, gargouillemen emphysème. On a bien vu le pus s'évacuer au dehc par les bronches à la suite d'une pleurésie, mais c'étaie les tubercules qui s'étaient ouverts dans la plèvre avaient produit la pleurésie.

Obs. II.e — *Epanchement pleurétique ; emphysèm mort.* — Le nommé Boutin, âgé de 40 ans, entr l'hôpital Saint-Antoine le 30 mai 1829. Cet homm bien constitué, jouissant habituellement d'une bon santé, éprouvait depuis cinq semaines, dans le côté ga che de la poitrine, des douleurs vagues accompagnées difficulté de respirer. Chaque jour la respiration din nuait d'étendue; il y avait de la fièvre le soir. C'est da cet état qu'il se soumit à notre examen. La percussion sonore à droite où l'expansion et la voix sont très-clai et sans râle. A gauche, matité complète dans tout côté, même sous la clavicule. On n'entendait point

respiration, si ce n'est le long de la colonne vertébrale, où la voix n'offre aucune modification. Sur le côté et en avant de l'angle de l'omoplate, malgré la matité, il y a de l'œgophonie, qui ne se montre nulle part ailleurs. Le cœur ne fait point entendre ses battemens à gauche. Le pouls est plein, fréquent; la peau est chaude; le malade se tient assis dans son lit, ne pouvant dormir étendu horizontalement sans être menacé de suffocation; la parole est brève. Diagnos. : *épanchement pleurétique à gauche.* (*Lim., saignée de 3 palet.*) Le lendemain, sang couenneux, un peu de mieux, insomnie. (*Diète, limonade, 1 gr. d'extr. gom. d'opium le soir.*)

Le 2 juin, dyspnée plus grande; le malade crie, s'agite; la nuit, les symptômes augmentent. (*Diète, lim., saign. de 3 palet.*) Le 3, sang couenneux; la respiration est moins suffoquante le soir; l'expansion, la voix sont toujours dans le même état. (*Presc. id., moins la saignée.*) Dans la journée, écart de régime, indigestion. Dans la nuit, imminence de suffocation, orthopnée portée au plus haut point; cependant tous ces symptômes se dissipent le matin. (*Diète, eau de gom.*) Le 5, douleurs à l'estomac qui nécessitent une application de quinze sangsues. Le 8, la dyspnée est plus grande, la matité devient de plus en plus obscure, et l'épanchement augmente. (*Vésicatoire sur le côté.*) Œdème de la face à gauche; l'orthopnée augmente. Le 22 au soir, face livide, pouls petit, concentré; parole entrecoupée. Le malade s'agite, se tourne dans le lit, prend différentes positions, et ne peut en trouver une où il puisse respirer. Le coucher sur le côté gauche est celui où il souffre le moins, et il ne peut y rester long-temps; il se plaint d'un sentiment de strangulation. Le 23 au matin, même état; la respiration s'entend seulement à la racine des bronches. On entend l'œgophonie dans un espace peu étendu; les espaces inter-

costaux sont agrandis, écartés. Mesuré, ce côté a un pouce et demi de plus que le côté opposé; le cœur s'entend dans tout le côté droit, nullement à gauche. L'empyème est pratiqué selon les règles ordinares; on évite avec soin le point où on entendait l'œgophonie, pour ne pas tomber sur une fausse membrane. Le malade, couché sur le côté droit, qui alors ne pouvait plus se dilater, est menacé de suffocation; on suspend l'opération avant de percer la plèvre. Il n'y a point d'écoulement de sang. Aussitôt la plèvre incisée, il en jaillit un flot de sérosité teinte de sang, mais claire et limpide; il s'en écoula environ sept pintes, quoi qu'on ait fait pour l'arrêter, de peur de vider toute la poitrine et pour prévenir une syncope. Après l'opération, le malade est pris de toux vive; à chaque effort de toux, l'appareil dérangé permettait au liquide de s'écouler. Le pouls se releva; le malade se sentit mieux, respira plus amplement; mais la toux continuant à avoir lieu, et l'air pénétrant de temps à autre dans la poitrine, quelque soin que l'on prît pour l'empêcher, le malade expectora un mucus qui devint sanguinolent, glutineux, mêlé d'air; dans le côté gauche, la percussion devint sonore; et ce qui fait croire que la sonoréité n'était pas due à l'air extérieur, c'est que j'ai pu entendre au stéthoscope le bruit du poumon qui se dilatait, et même celui du râle. B. mourut dans la soirée.

Autopsie dix-huit heures après la mort. — Le cadavre commençait déjà à se putrifier. Le poumon occupait environ les deux tiers de la cavité pectorale, était libre en avant, adhérent en arrière, au sommet et à la base; il y avait plusieurs fausses membranes, l'une sur le côté qui correspondait au point où on avait entendu l'égophonie. En détruisant en arrière avec le doigt les adhérences qui unissaient les deux plèvres; je tombai dans un petit foyer qui contenait un liquide rouge, un peu séreux, qui fit

croire d'abord que le liquide qui s'en écoulait avait été fourni, ou par un vaisseau veineux ou par le poumon déchirés pendant la vie; mais en poursuivant avec soin, j'ai pu séparer les fausses membranes, soit de la surface du poumon, soit de la plèvre, sans déchirer ni l'un ni l'autre. Le poumon gauche était gorgé d'une grande quantité d'un fluide spumeux, grisâtre, un peu rouge, qui ruisselait quand on l'incisait. Sa section donnait une couleur grisâtre, et ses deux lobes étaient réunis par une fausse membrane; le cœur, le poumon droit et tous les autres organes étaient sains.

Réflexions. — Ici la mort a suivi de bien près l'opération, puisque le malade n'a survécu que sept à huit heures; mais sans elle il fut certainement mort plutôt encore. A quoi peut donc tenir une mort aussi prompte, chez un homme fort, et dont les lésions trouvées à l'autopsie ne peuvent pas rendre compte. On pourra croire peut-être qu'il est mort à la suite de la lésion de l'artère, parce que la sérosité qui s'est écoulée était rouge et que cette couleur lui aura été donnée par le sang d'une artère intercostale lésée. Si l'artère intercostale eût été lésée, le sang se serait écoulé au-dehors, et on se fût aperçu de l'hémorrhagie; rien de cela n'eut lieu. L'artère n'était donc pas intéressée. A l'autopsie on aurait trouvé quelques caillots sanguins dans la plèvre, si du sang s'y fût épanché après la sortie du liquide. C'était évidemment à une pleurésie hémorrhagique que nous avions affaire, et dont rien pendant la vie ne pouvait faire soupçonner l'existence. Le malade se trouva bien après l'opération, mais il survint de la toux, laquelle était sans doute due à l'irritation déterminée sur la membrane muqueuse des bronches et le tissu pulmonaire, par l'air qui s'est précipité dans le poumon, pendant les profondes inspirations du malade, d'autant plus facilement que son tissu sain lui a permis de se dilater beaucoup, n'étant

point retenu appliqué contre la colonne vertébrale pai de fausses membranes épaisses. Ce qui parle en faveur de cette dernière version, c'est que dans l'espace de si heures le poumon s'est assez dilaté, pour occuper déjà le trois quarts de la cavité pectorale. L'hématose a dû se faire très-rapidement, et le poumon, ne remplissant pas depui six semaines cette fonction, a dû être sur-excité; c'est ce qu'a montré l'autopsie, bien que la rougeur ne fût pas bien prononcée dans les bronches, vu le peu de temps depui lequel l'inflammation était développée; et quoiqu'il n'y eut point d'hépatisation, le poumon était tellement gorgé d'un fluide spumeux, gris-rougeâtre, qu'il ruisselait en grande quantité sur la table lors de l'incision. Telle m'a paru être la manière la plus rationnelle de se rendre compt de la mort dans ce cas.

Eut-il été possible de soulager notre malade et de pré venir une mort aussi rapide? Si l'explication que j'a donnée de la manière dont elle a eu lieu est vraie, si l sang abordant dans le poumon en trop grande quantit a produit la mort, quel inconvénient y aurait-il eu dans u danger si pressant à pratiquer une saignée, et qu'aurait-o pu espérer d'un pareil secours?

MÉDECINE ÉTRANGÈRE.

Recherches sur la circulation du sang, etc.; par WEDEMEYER, *M. D.* (Suite.)

B. *Du mouvement du sang dans les petites artères et dans les vaisseaux capillaires.* — Dans cette second partie de son travail, M. Wedemeyer expose d'abord ave détail les expériences et les observations des savans qui avant lui, se sont occupés de cette importante question et il examine avec beaucoup de soin la structure anato mique des petites artères et des vaisseaux capillaires

leurs divers modes de terminaison, et les forces qui président à la circulation dans cet ordre de vaisseaux. Comme nous l'avons fait dans notre premier article, nous nous bornerons à rapporter les expériences et les observations propres à l'auteur, et à indiquer succinctement en quoi elles confirment, contredisent ou augmentent nos connaissances sur le point en question.

1.° Dans ses remarques sur la composition et les propriétés du sang, M. Wedemeyer s'accorde avec les principaux physiologistes de nos jours qui ont traité ce sujet; cependant, il paraît porté à adopter les opinions assez singulières qu'ont émises Gruithuisen, Dollinger et Oesterreicher sur l'origine des globules du sang, savoir: que ces corpuscules sont, en grande partie, formés par les globules qui se détachent du parenchyme même des divers organes. Ces savans soutiennent que, non-seulement on voit les globules du sang passer des derniers capillaires dans la substance même des tissus dans lesquels rampent les vaisseaux, mais encore que les globules qui, pendant un certain temps, ont fait partie d'un tissu, peuvent être vus se frayant, à leur tour, un passage pour se rendre dans le capillaire le plus voisin, et rentrer ainsi dans la masse des liquides en circulation. Delà ils concluent que le sang est élaboré dans le parenchyme propre des organes. Notre auteur admet, jusqu'à un certain point, cette manière de voir. « Comme le chyle, dit-il, contient des globules, et que ce liquide est la seule source de nutrition très-évidente dans les animaux complètement développés, il s'ensuit qu'il doit jouer le principal rôle dans la formation du sang. Les globules, cependant, ne s'y forment pas immédiatement, mais seulement après qu'ils ont subi, dans la substance même des tissus, quelque métamorphose préalable. »

De ce point, M. Wedemeyer passe aux observations

qu'il a faites sur la structure et la disposition des tr
petits vaisseaux. Il admet, avec la plupart des ph
siologistes, que la tunique moyenne ou fibreuse (
artères devient plus mince et moins distincte à m
sure que le volume de ces vaisseaux diminue ; mais q
sa blancheur la fait encore distinguer dans les vaissea
qui n'ont pas plus d'un sixième de ligne de diamètre i
térieur. Cette membrane ne disparaît tout-à-fait que da
ceux qui sont plus petits. La tunique interne se compo
comme la précédente ; l'une et l'autre disparaissent en
entièrement, et les petits vaisseaux ne sont plus alors q
des canaux très-étroits, creusés dans la substance
tissu, et dépourvus de toute membrane propre. « Le sa
dans les capillaires les plus ténus, dit l'auteur, ne se me
plus dans des vaisseaux dont les parois sont formé
d'une membrane distincte par sa texture et son épa
seur du tissu cellulaire environnant; mais bien dans d
conduits ou canaux dont ce tissu seul forme les parois.
Il appuie cette opinion sur les faits et les considératio
suivantes, savoir : 1.° l'impossibilité de découvrir, mêr
avec le microscope, aucune membrane interposée ent
le parenchyme des tissus et le sang qui se meut dans l
canaux capillaires; 2.° la facilité avec laquelle on v
certains globules du sang qui y circule se détacher de
masse, quitter le courant, et venir se mêler avec les gl
bules qui constituent les tissus adjacens; 3.° la rapid
avec laquelle le sang se fraie de nouvelles routes dans l'
paisseur des tissus; 4.° enfin, l'impossibilité de con
voir comment la nutrition et l'absorption s'exerceraient
travers les parois des vaisseaux.

L'auteur examine avec beaucoup d'attention la questi
relative au mode de terminaison des artérioles; questi
sur laquelle les physiologistes sont loin d'être d'accord. S
recherches, à cet égard, le conduisent à admettre que

communication des artères avec les veines a quelquefois lieu par des branches assez grandes pour admettre à la fois trois ou quatre rangées de globules; mais que cette disposition est, en quelque sorte exceptionnelle, et que, en général, les communications entre les deux ordres de vaisseaux se font par l'intermédiaire des canaux capillaires dépourvus de membrane propre, que nous avons décrits ci-dessus. Nulle part on ne voit, ni sur les côtés des artérioles, ni à leur extrémité, d'ouvertures ou pores à travers lesquels le sang puisse s'extravaser dans les tissus, pour être ensuite repris par les radicules veineuses. Nulle part, non plus, on n'aperçoit de passage brusque d'un courant artériel dans un courant veineux, ni de limite fixe entre les deux divisions du système vasculaire. Le petit courant artériel parcourt ordinairement un long trajet, et serpente long-temps dans l'épaisseur des tissus avant de prendre la direction et la nature d'un courant veineux. Quelques auteurs ont supposé que les artères se terminaient en communiquant avec les vaisseaux lymphatiques. M. Wedemeyer rejette cette opinion et combat avec succès, ce nous semble, toutes les preuves alléguées en sa faveur. La principale objection qu'il fait, est que tous les canaux que l'on voit, à l'aide du microscope, communiquer avec les capillaires artériels, donnent passage à des globules rouges. Quant à la terminaison des artères en organes sécréteurs, il n'ajoute rien à ce que l'on sait à cet égard. Enfin, on a prétendu que les artères se terminaient en donnant naissance à des vaisseaux ou à des pores exhalans; et cette question a été le sujet de longues controverses parmi les physiologistes. Quelques observateurs ont, en effet, avancé qu'ils avaient vu, avec le microscope, un grand nombre de vaisseaux incolores qui ne pouvaient être que des exhalans; mais Haller, Spallanzani, Mascagni, et plus récemment Oesterrei-

cher, ont constaté que ces vaisseaux, en apparence inc
lores, sont de véritables capillaires sanguins, mais q
ne livrent passage qu'à une seule rangée de globules q
paraissent jaunes, et non pas rouges, en raison do la tr
petite quantité de matière colorante. Les observations
notre auteur viennent à l'appui de cette manière de voi
mais il assure en outre qu'il est parvenu à découvrir d
capillaires séreux proprement dits. Nous citerons textu
lement ce qu'il dit sur ce point important.

« Le fait incontestable que, les petits courans de san
qui ne consistent qu'en une seule rangée de globules,
paraissent pas rouges, ni même colorés sous le micr
cope, parce que les globules, vus isolément, paraisse
jaunes, et ne prennent la couleur rouge que quand
sont vus en masses; ce fait, disons-nous, explique fa
lement l'erreur dans laquelle sont tombés plusieurs obs
vateurs qui ont cru voir des vaisseaux séreux; mais
n'en résulte pas nécessairement que l'on doive expliq
ainsi l'existence de tous les petits courans en apparer
incolores; surtout si l'on fait attention que, jusqu'à p
sent, on n'a pu examiner au microscope la circulati
capillaire que dans un petit nombre d'organes. Le
est que j'ai moi-même souvent observé, dans le més
tère de la grenouille, des vaisseaux capillaires d'un as
grand calibre qui, en apparence, me semblaient vid
mais qui contenaient réellement du sérum. En effet, lo
qu'on enlevait le cœur, et qu'on laissait écouler le sa
je les voyais s'affaisser, disparaître et se réduire à l'
parence d'un petit cordon de tissu cellulaire épaissi.
se rend facilement compte de l'écoulement du sérum
contenaient ces vaisseaux par l'élasticité de leurs paro
qui poussait le liquide vers le point où se trouvait la mo
dre résistance. On peut produire le même effet, c'est
dire, les vider du sérum qu'ils contiennent, en les t

chant, à plusieurs reprises, avec un petit pinceau très doux. Quelques-uns de ces canaux séreux étaient certainement d'un diamètre trop petit pour admettre ou pour laisser passer un globule; d'autres étaient, au contraire, évidemment assez larges pour permettre facilement ce passage. Dans ce dernier cas, on est naturellement porté à rechercher pourquoi ces vaisseaux, qui ne jouissent pas plus que d'autres de cette irritabilité spécifique admise par Bichat, n'admettent dans leur intérieur que du sérum. Voici, je n'en doute pas, la cause de ce phénomène : à leur origine dans un capillaire contenant du sang, ou dans tout autre point de leur trajet, dans un endroit, par exemple, où ils se courbent brusquement, ces vaisseaux, comme je l'ai fréquemment observé, sont souvent bouchés complètement ou seulement obstrués par des globules stagnans ou par du sang coagulé. Dans cet état de choses, ils ne livrent plus passage qu'à la portion la plus fluide du sérum, et cela arrive spécialement lorsque l'action du cœur est diminuée et que l'impulsion de cet organe ne s'étend plus à toutes les parties avec une force suffisante. Mais lorsqu'on supplée à cette diminution de la force du cœur par de légers attouchemens avec un pinceau, on voit les globules stagnans se remettre en mouvement et la circulation du sang rouge se rétablir dans l'intérieur du vaisseau, au moins pendant un certain temps. »

Quant à l'existence des pores exhalans destinés à donner issue à la partie séreuse du sang, M. Wedemeyer pense qu'il serait difficile de ne pas l'admettre. Mais il combat l'opinion de ceux qui disent que ces pores sont visibles, *organiques*, ou bien, d'après la signification qu'il donne à cette expression, doués d'une sorte de contractilité en vertu de laquelle ils retiendraient certains matériaux, et laisseraient échapper les autres; et il soutient que si de

tels pores existaient, on les découvrirait avec le microscope. Il croit en outre que tous les phénomènes de l'exhalation peuvent s'exécuter par des pores invisibles, ou plutôt par les interstices qui existent entre les particules élémentaires qui forment les tissus organiques, et qu'ils peuvent s'expliquer par les lois de l'attraction capillaire, modifiées cependant par l'action du système nerveux sur les organes. Sous ce point de vue, on voit qu'il se rapproche beaucoup des idées sur lesquelles M. Dutrochet a établi sa théorie de l'endosmose et de l'exosmose.

2.° Après avoir cherché ainsi à déterminer la distribution anatomique et la structure des capillaires, M. Wedemeyer examine quelles sont les forces qui y font mouvoir le sang. Les différens physiologistes en ont admis quatre distinctes, savoir : la force d'impulsion et de succion du cœur, la contractilité des petites artères et des capillaires, une force de mouvement inhérente au sang, et enfin l'attraction capillaire. Dans cette seconde partie de son ouvrage, il étudie les deux premières seulement; les deux autres font le sujet des troisième et quatrième sections.

I. L'auteur, contre l'opinion de Bichat, soutient que la force d'impulsion du cœur s'étend jusque dans les derniers capillaires. Il se fonde d'abord principalement sur le peu de force qu'il est nécessaire d'employer pour pousser dans ces vaisseaux, à l'aide d'une seringue et par une grande artère, de l'eau, de la solution d'indigo et même du sang nouvellement tiré d'une veine; force certainement bien inférieure à celle avec laquelle le sang se meut dans les artères, pendant la vie, sous l'influence du cœur (1). Il cite encore à l'appui de son opinion des observations qui

(1) Les belles recherches de M. le docteur Poiseuille, sur la *force du cœur aortique*, viennent pleinement confirmer cette manière de voir. Voyez *Archives gén. de Méd.*, t. XVIII, pag. 550.

lui sont propres. « En examinant, à l'aide du microscope, dit-il, la manière dont le sang se meut dans les capillaires, j'ai observé, une seule fois sur l'aile d'une chauve-souris, mais très-souvent sur des grenouilles et des têtards, que, lorsque la circulation s'affaiblissait, le sang, dans les capillaires même les plus ténus, se mouvait par saccades parfaitement isochrones avec les contractions du cœur; et sur des crapauds et des têtards, j'ai plusieurs fois remarqué absolument la même chose dans les petites veines. Si on coupe le cœur, ou qu'on lie les gros vaisseaux qui en partent, la circulation cesse à l'instant même, quoi qu'en aient pu dire quelques physiologistes. Il est vrai cependant de dire que, très-souvent dans ce cas, on peut voir encore, pendant un certain temps, un faible mouvement progressif, ou plutôt oscillatoire, du sang; mais je me propose d'expliquer plus tard la nature de ces mouvemens, et de démontrer qu'ils dépendent de causes purement mécaniques, et tout-à-fait incapables de contribuer au mouvement circulatoire du sang. » Ainsi, quoiqu'on ne puisse nier que, dans quelques animaux inférieurs, la circulation capillaire puisse s'exécuter, et s'exécute en effet, sans qu'il existe de cœur, il est tout aussi évident que, lorsque cet organe existe, ses contractions constituent la principale force qui entretient la circulation capillaire.

Ce n'est pas seulement par sa force d'impulsion que le cœur agit sur le sang dans les vaisseaux capillaires; M. Wedemeyer, se fondant sur des expériences qui lui sont propres, admet que la succion qu'exercent les cavités auriculaires de cet organe sur le sang contenu dans les veines, contribue aussi, jusqu'à un certain point, au mouvement circulatoire; et, quoique cette force soit beaucoup moins puissante que la précédente, il pense qu'elle doit être comptée pour quelque chose. A l'appui de cette opinion, il rapporte l'expérience suivante :

« Sur un cheval affecté de la morve, dit-il, j'ai mis à nu et lié la veine jugulaire. Au-dessous de la ligature, j'ai introduit dans ce vaisseau, du côté du cœur, une sonde à laquelle je fixai un tube de verre recourbé d'environ deux pieds de long, dont je fis plonger la longue branche dans un verre rempli d'eau colorée. L'animal était debout et très-tranquille. D'abord les inspirations furent parfaitement isochrones avec les pulsations du cœur, et au nombre de 30 par minute. Dans cet état des choses, j'observai que le liquide coloré montait de 2 pouces et plus dans le tube, puis retombait ensuite à son niveau, et que ces mouvemens correspondaient parfaitement à ceux de la respiration et de la circulation. Mais peu-à-peu l'animal devint inquiet, agité; les mouvemens respiratoires s'accélérèrent et devinrent deux fois plus fréquens que les pulsations du cœur; alors je vis distinctement, et cela pendant longtemps, que le liquide coloré ne montait plus dans le tube à chaque inspiration, mais bien à chaque pulsation du cœur, et que cette ascension était parfaitement isochrone avec le mouvement de diastole des oreillettes. Il arrivait parfois que l'ascension du liquide dans le tube manquait pendant une pulsation du cœur; mais ce n'était que lorsqu'une pression sur la veine ou toute autre cause de cette nature empêchait la force de succion de s'exercer. Enfin, le mouvement d'ascension du liquide n'était jamais plus fréquent que le pouls, et correspondait toujours exactement au mouvement de contraction du cœur. »

A l'occasion de cette expérience, qui nous paraît tout-à-fait satisfaisante, M. Wedmeyer cherche à réfuter la théorie du docteur Barry sur l'influence qu'exerce, sur les mouvemens du sang veineux, la tendance au vide qui, selon lui, a lieu dans la poitrine à chaque inspiration. Les principales objections que notre auteur oppose à cette manière de voir sont les suivantes :

1.° La tendance au vide dans le thorax, pendant l'inspiration, doit être complètement et efficacement contre-balancée par l'entrée dans les poumons d'un fluide essentiellement élastique et mobile, tel que l'air atmosphérique. 2.° L'ascension d'un liquide dans un tube fixé à la veine jugulaire d'un animal ne correspond aux mouvemens d'inspiration que lorsque l'animal couché sur le côté respire avec beaucoup de force et par un seul poumon; cette simultanéité ne s'observe plus lorsque l'animal est debout, à moins qu'on ne le force à faire de très-profondes inspirations. 3.° La tendance au vide dans la poitrine ne peut expliquer le mouvement du sang dans les veines pulmonaires, puisque ces vaisseaux sont soumis, à l'extérieur, à la même force qu'on suppose agir sur le sang qu'ils contiennent. 4.° La circulation peut être entretenue dans les mammifères par la respiration artificielle pendant vingt-cinq minutes et plus après la décapitation, quoique, dans cette circonstance, la cavité de la poitrine soit constamment soumise à une forte pression; de plus, dans les grenouilles et autres animaux à sang froid, la circulation veineuse continue à s'exercer pendant des heures entières, après qu'on a fait cesser complètement la respiration, en ouvrant largement le thorax. 5.° Enfin, la circulation veineuse s'exécute régulièrement dans le fœtus et dans plusieurs animaux des classes inférieures qui ne présentent aucun mouvement respiratoire.

(*La fin au prochain Numéro.*)

Ostéo-sarcôme de la clavicule gauche, et ablation de cet os; opération pratiquée avec succès par le docteur Valentin Mott, *professeur de chirurgie à New-York.*

Guillaume B. Yates, de Charleston, âgé de 19 ans, d'une constitution pléthorique, vint me consulter, dit le

docteur Mott, le 26 mai 1828, pour une tumeur située sur la clavicule gauche, et qu'il n'avait remarquée que depuis le mois de février (4 mois auparavant) : elle avait à cette époque le volume d'un œuf de pigeon, elle était très-dure, immobile, tout-à-fait indolente, la peau qui la recouvrait n'offrait aucune espèce d'altération. Ce jeune homme ne savait à quelle cause attribuer le développement de cette tumeur; il avait toujours joui d'une bonne santé; seulement, peu de temps avant d'avoir observé cette tumeur, il avait eu le bras luxé, ce qui ne pouvait avoir eu aucune influence sur la production de cette altération : tout annonçait qu'elle était antérieure à cet accident. Quand j'examinai le malade, le 26 mai, je remarquai, au devant de la clavicule gauche, une tumeur conique, de quatre pouces de diamètre à sa base, très-dure, nullement compressible, très-intimement adhérente à la clavicule; le sommet de la tumeur était surmonté de fongosités rougeâtres qui fournissaient de temps en temps une abondante quantité de sang. Les progrès rapides du mal avaient décidé ce jeune homme à se soumettre à quelqu'opération que ce fût, afin de courir les chances d'une guérison. Le 17 juin, je pratiquai l'opération de la manière suivante, aidé des docteurs Barrow, Proudfoot et Hosack, en présence de MM. Hull, Storer, Leveridge, Prott, et d'un grand nombre d'élèves.

Le malade placé sur une table, les épaules un peu relevées, et le corps incliné du côté gauche, je fis une première incision demi-circulaire, commençant au-dessus de l'articulation sterno-claviculaire, et prolongée au-dessous de la clavicule jusqu'à l'épaule, près de l'articulation de la clavicule avec l'acromion; les fibres du grand pectoral furent mises à découvert; un grand nombre d'artères et de grosses veines, divisées par l'instrument, exigèrent qu'on les liât aussitôt. En poursuivant l'incision du grand

pectoral vers l'extrémité scapulaire de la clavicule, j'évitai avec soin d'ouvrir la veine céphalique, qui fut repoussée facilement vers la partie supérieure de l'épaule après que j'eus détaché de la clavicule quelques fibres du deltoïde. A l'aide de cette première section, je me proposais d'introduire le doigt indicateur au-dessous de cette veine et du deltoïde, et de le porter de cette manière sous le bord inférieur de la clavicule: mais toutes mes tentatives furent inutiles, parce que la tumeur s'étendait de ce côté jusqu'à l'apophyse coracoïde. Ne pouvant donc parvenir sous la clavicule suivant cette direction, je pratiquai au-dessus de la tumeur une autre incision qui s'étendait du sommet de l'épaule au bord externe de la jugulaire externe, et qui divisa la peau, le peaucier, une portion du trapèze, et découvrit une portion saine de la clavicule, dans un point un peu plus rapproché de l'acromion que de l'apophyse coracoïde. Je pus alors passer au dessous de l'os un conducteur métallique, cannelé, et suffisamment recourbé, ayant soin surtout de l'enfoncer de manière à ce qu'il contournât immédiatement la clavicule : cette manœuvre fut difficile à cause de la profondeur à laquelle l'os était situé. A l'aide d'une sonde perforée à son extrémité, j'introduisis dans la cannelure du conducteur une scie à chaînons avec laquelle je coupai rapidement la portion correspondante de la clavicule. Cela fait, je continuai la dissection de la tumeur sous le muscle grand pectoral, et il fallut encore lier de nombreuses artères, de même que des veines. La première côte fut ainsi mise à nu au-dessous de l'extrémité sternale de la clavicule, et après avoir coupé le ligament costo-claviculaire, j'ouvris l'articulation par sa partie inférieure. Cette section rendit très mobile toute la masse que je me proposais d'enlever, ce qui me donna l'espoir de réussir dans mon entreprise.

Au moyen d'une érigne double, d'un lévier et d'un large spatule, convenablement recourbée, je parvins à soulever légèrement l'extrémité de la clavicule qui avai été sciée; j'espérais de cette manière favoriser le dépla cement des parties contiguës à la clavicule, et diviser plu aisément le muscle sous-clavier. Mais ce dernier étai confondu dans la tumeur, et je ne pus l'inciser qu'à soı insertion à la première côte, seul point où ses fibre étaient encore reconnaissables. En disséquant la tumeu à sa partie supérieure et externe, j'en isolai le muscl scapulo-hyoïdien qui s'enfonçait au-dessous d'elle beaucoup de vaisseaux furent encore ouverts, entre au tres plusieurs gros rameaux artériels et une branche con sidérable de la thyroïdienne inférieure. Il fallait encor détacher la tumeur en dedans et en haut : pour cela j'achevai de la circonscrire par une troisième incision qu s'étendait en remontant de l'extrémité sternale de la cla vicule à l'incision que bornait supérieurement la vein jugulaire externe, laquelle fut liée dans deux points rap prochés, et coupée entre les deux ligatures. Je divisa ensuite la portion claviculaire du sterno-mastoïdien, troi pouces environ au-dessus de la clavicule, et suivant l direction de la troisième incision. Je découvris ainsi l feuillet profond de l'aponévrose cervicale, dont je sépara avec précaution le muscle sterno-mastoïdien ainsi que l tumeur, et l'on put voir alors le muscle scalène antérieur. L veine sous-clavière adhérait si intimement à la tumeur depui le bord de ce dernier muscle jusqu'à l'apophyse coracoïde que je crus un instant ses parois comprises au milieu de l masse altérée, de sorte que l'ablation totale de cette der nière devenait dès-lors impossible. Mais heureusement en procédant avec toute la précaution imaginable, je réus sis à séparer complètement ce vaisseau de la tumeur tantôt en disséquant à petits coups avec le bistouri, tan

tôt en me servant de l'extrémité du manche de cet instrument. Cette partie de l'opération, sans contredit la plus périlleuse, fut donc exécutée avec un plein succès.

A chaque incision, il avait fallu jusque-là lier soit une artère, soit une veine, la multiplicité de ces vaisseaux étant considérable. Indépendamment des ramifications vasculaires qui pénétraient dans la tumeur, la veine jugulaire externe y était tellement enfoncée, près de son embouchure dans la veine sous-clavière, que je fus obligé d'y appliquer deux ligatures, et de la couper de nouveau dans leur intervalle. Deux grosses branches furent encore liées près de l'extrémité sternale de la clavicule; elles provenaient sans doute de l'artère et de la veine thyroïdiennes inférieures. En renversant en bas la portion claviculaire du sterno-mastoïdien que j'avais divisée, il me fut aisé d'isoler la tumeur du canal thoracique, et de la jugulaire externe à sa jonction avec la sous-clavière, sans léser en aucune manière des parties aussi importantes (C'est sans doute alors qu'on acheva de désarticuler la clavicule, ce dont il n'est pas fait mention). Enfin, pour achever de détacher la tumeur en bas, je pratiquai encore une incision transversale, de deux pouces de longueur, qui divisa une partie du muscle grand pectoral dans la direction de la quatrième côte. La plaie énorme, résultant de l'ablation de la tumeur et de la clavicule, s'étendait ainsi de cette région de la poitrine, en décrivant une ligne demi-circulaire qui passait sur l'articulation sterno-claviculaire gauche, remontait jusqu'à la distance d'un pouce du cartilage thyroïde et de la base de la mâchoire inférieure, éloignée de deux pouces du lobule de l'oreille, et se terminait sur l'épaule près de l'articulation scapulaire de la clavicule. La nature fongueuse de la tumeur et les nombreux vaisseaux qui furent divisés, et qui nécessitèrent plus de qua-

rante ligatures, avaient causé une perte de sang très-abondante pendant l'opération : on peut évaluer à seize ou vingt onces la quantité qui s'écoula.

Après avoir coupé chaque ligature près du nœud, je remplis la plaie de charpie molle, maintenue par de longues bandelettes agglutinatives qui favorisaient en même temps le rapprochement des bords de la plaie; quelques compresses et une bande simple que je passai d'une épaule à l'autre, terminèrent le pansement. Le malade fut couché sur le dos, un peu incliné à droite, la tête notablement relevée, l'épaule et le bras gauche soulevés par un oreiller. Ici nous abrégerons les détails donnés journellement sur l'état du malade. Nous nous bornerons à dire qu'il ne survint rien de fâcheux les premiers jours, qu'on n'observa pas de symptômes particuliers. Le malade ne tarda pas à prendre des alimens légers; le 28 juin, on lui donna à boire dans la journée huit onces de décoction de quinquina : on en continua l'usage jusqu'au 3 juillet. La plaie se remplissait rapidement de bourgeons charnus, on y remarquait déjà un commencement de cicatrisation; six ligatures se détachèrent. Le 14 juillet, il n'en restait qu'un très-petit nombre, la plaie était considérablement diminuée d'étendue. Le malade put descendre sans inconvénient dans la salle à manger pour prendre ses repas. La guérison continua de faire de rapides progrès, et vers le milieu d'août, il se rendit aux eaux de Saragota, d'où il revint au mois de septembre dans un état de parfaite santé.

La tumeur, examinée après son ablation, avait le volume des deux poings réunis d'un adulte; une coupe verticale fit voir que son tissu était osseux dans la plus grande partie de son étendue, excessivement dur dans tous ses points, excepté dans une partie très-circonscrite de ses faces supérieure et inférieure. Son centre était excavé et

rempli par une masse fongueuse, dont une portion, de la grosseur et de la forme d'une moitié d'œuf de poule, faisait saillie au dehors par une ouverture elliptique située au sommet de la tumeur. La structure osseuse était moins prononcée dans la portion qui correspondait aux vaisseaux sous-claviers, et plus on se rapprochait de sa partie moyenne, plus ce tissu morbide avait d'analogie avec le tissu cartilagineux. Cette altération envahissait toute la clavicule, depuis son articulation sternale jusqu'à un demi-pouce environ de l'extrémité scapulaire de cet os.

Cette opération, ajoute le docteur Mott, a surpassé, par ses difficultés et son danger, toutes celles que j'ai vu pratiquer ou que j'ai moi-même pratiquées : il me serait impossible d'en exprimer avec précision tous les détails. Les adhérences de la tumeur avec les parties les plus importantes du cou et de l'épaule, ainsi que son volume considérable, font assez concevoir combien les chances étaient hasardeuses. La longueur de l'opération, et le grand nombre de parties intéressées, me déterminèrent à couper la veine jugulaire entre deux ligatures appliquées préalablement, parce que l'expérience m'a prouvé déjà plusieurs fois, non-seulement pour les veines du cou, mais pour celles des autres parties, que leur section peut donner lieu à des accidens fort graves, sinon mortels, par suite de l'introduction de l'air dans leur cavité, quand ces vaisseaux sont d'un volume assez considérable. Plusieurs exemples, et entre autres celui d'une mort subite due à cette cause, rapporté par M. Dupuytren, m'avaient engagé à lier la veine jugulaire, ainsi que je l'ai fait : en voici, du reste, un autre cas fort remarquable.

En pratiquant l'ablation d'une parotide squirrheuse, pendant que je commençais à disséquer la peau, et avant que je n'eusse lié encore aucune artère, j'ouvris la veine faciale dans le point où elle passe sur la base de la mâchoire

inférieure. A l'instant même, un sifflement, semblable à celui que l'air produit en passant par une ouverture étroite, fut entendu par tous les assistans. Dans le même moment, la respiration du malade devint difficile et laborieuse, le cœur battit avec violence et irrégularité, la face se contracta irrégulièrement, et des convulsions générales se déclarèrent avec une telle violence, qu'on ne pût maintenir le malade sur la table où il se trouvait placé, pendant une demi-heure environ que ces accidens persistèrent. Tout faisait craindre une mort prochaine; peu à peu les convulsions se dissipèrent, et le malade resta frappé d'une hémiplégie complète avec déviation de la bouche. Plus d'une heure s'écoula avant qu'il put proférer un mot, et il ne recouvra l'usage du bras et de la jambe que vers la fin de la journée. Ces phénomènes me rappelèrent les expériences que je fis sur les chiens, il y a une vingtaine d'années; en insufflant de l'air dans les veines de ces animaux, j'avais observé des effets analogues.

Quant à notre malade, je pense que je dus en grande partie la rapidité de son rétablissement à son courage et à sa docilité. Aucun accident, local ou général, ne vint entraver la marche de la cicatrisation. Le vide considérable résultant de l'ablation de la clavicule, et l'existence de parties si importantes qui se trouvaient dès-lors placées aussi superficiellement, me laissèrent beaucoup d'incertitude sur les suites de l'opération jusqu'à ce que la suppuration eût été établie dans tous les points de la plaie, et que des bourgeons charnus eussent recouverts les gros vaisseaux. Il fut aisé de maintenir l'épaule soulevée et suffisamment écartée, par l'application de l'appareil ordinaire des fractures de la clavicule, que le malade s'habitua facilement à supporter. Après avoir maintenu cet appareil pendant un mois, et deux mois après

l'opération, il put laisser ce bandage et suppléer à l'absence de la clavicule à l'aide d'une machine que construisit un mécanicien habile, M. G. Kent (il est à regretter que l'auteur n'en donne pas la description), et qui maintient l'épaule dans une situation tellement convenable, que les mouvemens du bras sont parfaitement libres. (*The American Journ. of the Med. Sc. — The London medical Gazette*, 28 février 1829.)

REVUE GÉNÉRALE.

Anatomie et Physiologie.

EXPÉRIENCES SUR L'ABSORPTION CUTANÉE. — *Par le docteur Westrumb.* — *Première Expérience.* — L'auteur plongea son bras jusqu'au coude, dans un bain à la température de 25° à 27°, 5 centigrades, et contenant un grain d'hydro-cyanate de potasse, deux grains de nitre et quelques grains de musc; il l'y maintint pendant trois quarts d'heure. Au bout de ce temps, il fit emporter le bain et ouvrir toutes les croisées de l'appartement, pour renouveller l'air et faire disparaître l'odeur du musc. Malgré cette attention cette odeur était très-manifeste dans l'haleine de l'expérimentateur, et se retrouva aussi dans son urine, faiblement à la vérité, plus d'une heure après l'expérience. Ce liquide traité par les réactifs propres à faire reconnaître la présence de l'hydro-cyanate de potasse et du nitre, donna des preuves sensibles de l'existence de la première de ces substances, mais aucune trace de la seconde.

2.e *Exp.* L'expérience précédente fut répétée de la même manière, seulement M. Westrumb s'adapta à la bouche et au nez l'extrémité d'un tube, dont l'autre bout s'ouvrait hors de la chambre, afin de ne respirer que l'air extérieur. L'odeur du musc se fit encore sentir dans son haleine, moins fortement cependant que dans le cas précédent; on reconnut aussi dans l'urine la présence de l'hydro-cyanate de potasse; mais on ne put découvrir aucune trace de nitrate de potasse.

3.e et 4.e *Exp.* Mêmes procédés; mêmes résultats.

5.e *Exp.* Après s'être adapté à la bouche et au nez le tube dont il vient d'être question, M. Westrumb plongea ses deux bras, jusqu'au

coude, dans une forte décoction de rhubarbe, pendant qu'il faisait frotter une de ses jambes avec du baume opodeldoch. L'immersion des bras fut prolongée pendant une heure et un quart. Au bout des quinze premières minutes, l'haleine était déjà imprégnée de l'odeur du camphre; cet effet augmenta pendant la durée de l'expérience, et était encore sensible six heures après, quoique faiblement. L'urine rendue quelques momens après l'expérience, et au bout de trois heures, prit une teinte brune rougeâtre, par l'addition d'une certaine quantité de solution de potasse. Cette couleur devait être rapportée à la présence de la rhubarbe dans l'urine; car celle que l'expérimentateur avait rendue avant l'expérience, n'offrit aucun changement appréciable par son mélange avec la solution alcaline. On n'a pu s'assurer positivement si le camphre avait passé dans la sécrétion urinaire; cependant l'odeur du liquide excrété pendant l'expérience différait essentiellement de celle de l'urine rendue auparavant.

6.e *Exp.* On appliqua à chacune des jambes d'un ouvrier bien portant, un vésicatoire de la grandeur d'une pièce de cinq francs. On lui avait fait prendre préalablement un bain pour nettoyer la peau. On fit écouler la sérosité accumulée sous l'épiderme, et on appliqua une ventouse sur les surfaces dénudées. On fit alors plonger les pieds dans un bain qui contenait une certaine quantité d'hydro-cyanate de potasse, et dont, pendant une heure et demie, on eut soin de maintenir la température à 25° centigrades. Au bout de trois heures, la quantité de liquide fournie par les vésicatoires étant suffisante pour permettre d'en faire l'analyse, on cessa l'expérience. Cette matière, étendue d'eau distillée et traitée par la solution d'hydrochlorate de fer, prit une teinte bleu-verdâtre très-légère; mais suffisante pour ne laisser aucun doute sur la présence de l'hydro-cyanate de potasse, et par conséquent sur l'absorption de ce sel. L'examen de l'urine rendue une, deux, trois et cinq heures après l'expérience, vint encore confirmer ce fait. Par l'addition d'un sel de fer, elle se colora en un très-beau bleu. On ne put examiner le sang, comme on en avait l'intention, parce que l'individu refusa obstinément de se laisser saigner.

7.e *Exp.* Un homme robuste et d'une parfaite santé, tint, pendant une heure quarante-cinq minutes, ses pieds dans un bain à 27°,75 centigrades, et composé d'une forte solution d'hydrocyanate de potasse. L'urine rendue deux heures après l'expérience, traitée par l'hydrochlorate de fer, prit une belle couleur bleue, qui devint plus faible dans la portion de ce liquide rendue sept heures après, et presque nulle au bout de onze heures. On tira quelques onces de sang par le moyen de ventouses scarifiées, appliquées aux cuisses. Le caillot essayé d'abord avec un peu d'acide nitrique, puis étendu dans de

l'eau distillée et soumis à l'action de l'hydrochlorate de fer, donna quelques signes, mais bien peu distincts, de la présence de l'hydrochlorate de potasse.

8.ᵉ *Exp.* Quatre onces de sang, tirées du bras d'une personne qui était restée deux heures dans un bain de pieds de 25° à 27°, et dans lequel on avait fait dissoudre une once d'hydro-cyanate de potasse et deux onces de nitre, donnèrent des signes évidens de la présence de ces deux sels et surtout de celle du premier. L'urine contenait aussi de l'hydro-cyanate de potasse.

9.ᵉ *Exp.* Une personne tint plongés, pendant une heure et demie, ses bras jusqu'au dessus du coude, dans un bain contenant une décoction du rhubarbe; au bout de ce temps, on y appliqua des ventouses scarifiées qui fournirent un peu de sang. Ce liquide étendu d'eau distillée, et traité par la solution de potasse, pris une couleur brune foncée. Le même changement de couleur, indiquant la présence de la rhubarbe, se manifesta dans l'urine rendue peu de temps après la sortie du bain.

10.ᵉ *Exp.* Après avoir ouvert, vidé et couvert de ventouses les cloches produites par des vésicatoires appliqués à un homme en bonne santé, on lui fit plonger les pieds dans un bain, composé d'une décoction saturée de rhubarbe, pendant environ une heure. On recueillit à-peu-près un grain de lymphe dans chacune des ventouses, et ce liquide, ainsi que l'urine, contenait de la rhubarbe.

11.ᵉ *Exp.* Les pattes de derrière et la plus grande partie du train postérieur d'un chien, furent tondus de très-près, en évitant avec le plus grand soin de ne pas entamer l'épiderme. L'animal fut tenu ensuite, pendant l'espace d'une demi-heure, dans un bain à 25° centigrades, auquel on avait ajouté une solution saturée de hydrocyanate de potasse. Le chien ayant été étranglé après l'expérience, le sang de la veine cave, l'urine contenue dans la vessie et le chyle du canal thoracique, furent recueillis ainsi que les ganglions lymphatiques de l'aine. Le prussiate de potasse se manifesta très-distinctement dans le sang; mais on ne put le retrouver ni dans le chyle, ni dans les glandes inguinales. En laissant tomber une solution d'hydrochlorate de peroxyde de fer sur le pannicule adipeux, on observa, çà et là, une couleur d'un vert-bleuâtre.

12.ᵉ *Exp.* Un autre chien ayant été tondu de la même manière, on fit, avec de la teinture de cantharides, des frictions sur la partie tondue, jusqu'à ce que la peau devint rouge. L'animal fut immédiatement placé dans un bain semblable à celui de l'expérience précédente, et il y fut tenu également pendant une demi-heure. La présence de l'hydrochlorate de potasse, dans le sang de la veine cave et dans la petite quantité d'urine trouvée dans la vessie, se fit dis-

quence; 2.° quoique l'obliquité de l'orbite puisse exister dans beaucoup de sens différens, le strabisme ne peut avoir lieu que dans six directions particulières, en rapport avec les muscles qui meuvent l'œil; 3.° les progrès de l'ossification peuvent seuls suffire, dans certains cas, pour dissiper le strabisme congénital; mais ces effets du développement de l'individu sont d'autres fois sans aucune influence sur la direction vicieuse des mouvemens du globe oculaire. Cependant il ne faudrait pas conclure de ce fait, qu'on ne doit employer aucun moyen pour corriger ce vice de naissance, quoique l'expérience prouve encore que le strabisme congénital peut, comme le strabisme accidentel, rester incurable, malgré la conformation régulière de l'orbite, soit par suite de quelqu'influence sympathique, soit par une contraction habituellement irrégulière des fibres musculaires.

On sait que la lumière peut déterminer le strabisme en frappant l'œil constamment dans une direction oblique, parce qu'il en résulte un mouvement permanent de certains muscles dans la même direction, et l'inaction prolongée de leurs antagonistes. Il suffit donc alors de rétablir un juste équilibre entre les puissances musculaires, et c'est par l'étude particulière que le professeur Rossi a faite du strabisme accidentel et récent chez les jeunes enfans, et des expériences qu'il a répetées, qu'il a été conduit à conseiller des lunettes confectionnées ainsi qu'il suit. Les verres, qui sont tout-à-fait planes et d'une circonférence égale à celle de la base de l'orbite, sont recouverts d'un vernis noir ou d'un carton mince de la même couleur : on pratique sur chaque verre, ainsi préparé, deux ouvertures linéaires dirigées de manière qu'elles se croisent au centre du verre, dans le point qui correspond à la pupille. Une de ces ouvertures est dirigée horisontalement, tandis que l'autre est oblique dans le même sens que celui où l'œil est entrainé vicieusement, commençant du côté vers lequel le strabisme a lieu, et se prolongeant vers le côté opposé, en s'élargissant progressivement, de manière à former de ce côté une ouverture arrondie de quatre à six lignes de diamètre. Par suite de cette disposition des verres de lunettes, la plus grande masse de lumière qui vient frapper l'œil, pénètre par un point directement opposé à celui vers lequel il est habituellement porté; et, comme les muscles moteurs de l'œil dirigent cet organe, en quelque sorte par un mouvement instinctif, au devant de la lumière, celui qui détermine le strabisme agira alors avec une force bien moindre que son antagoniste, qui ramenera et maintiendra ainsi le globe de l'œil dans une direction opposée à celle qu'il conserve dans l'état de strabisme. En outre, par la disposition des seules parties transparentes du verre, la force contractile des muscles reprendra peu à peu son équilibre, et le strabisme se dissipera.

Il est très-important que l'ouverture oblique corresponde exactement à l'obliquité causée par le strabisme; autrement on n'obtiendrait aucun résultat, ou bien en détruisant la déviation existante on en ferait naître une autre non moins defectueuse. Quant à la durée de l'emploi des lunettes ainsi confectionnées, elle est prolongée selon la persistance du strabisme et les progrès de l'amélioration qu'on peut obtenir (*Mém. de l'Acad. des Sciences de Turin*. tom. 34).

Sur des ostéides, ou ossifications accidentelles développées dans l'œil. — Le 23 février 1829, on transporta à l'amphithéâtre de la Faculté de Médecine de Montpellier, le cadavre d'un vieillard qui avait été traité à l'hôpital St.-Eloi, pour une hémiplégie, symptôme d'une apoplexie cérébrale. Le sujet était borgne; il ne restait de l'œil droit qu'un moignon conique, formé en grande partie par la sclérotique, et répondant par sa base au fond de l'orbite. Le sommet du moignon était surmonté par la cornée, proéminente et amincie. Curieux de juger du mode d'altération qu'avait éprouvé le globe oculaire et d'apprécier la part que pouvait y avoir prise chacune des membranes qui la composent, M. Dubrueil détacha, par une section circulaire, la cornée qui était devenue opaque. Il ne put découvrir aucune cicatrice extérieure. L'humeur aqueuse et le cristallin avaient disparu; l'humeur vitrée existait, mais en petite quantité, conservant sa transparence et sa viscosité. La membrane hyaloïde était racornie, dense et repliée sur elle-même. En exerçant une légère pression sur la sclérotique, l'observateur eut la sensation d'un corps étranger résistant, placé dans l'intérieur de l'œil. Il incisa longitudinalement la sclérotique dans toute son étendue, et trouva un ostéide logé dans la partie la plus profonde du globe oculaire, entre la choroïde et la rétine. Ces deux membranes n'étaient séparées que dans l'espace occupé par la production osseuse : intimement adhérentes dans le reste de leur étendue, elles ne purent être isolées que par une dissection laborieuse; elles avaient conservé leur couleur naturelle. La rétine était remarquable par son augmentation d'épaisseur, mais seulement au point de son union avec la choroïde; car, dans la portion qui recouvrait l'ostéide, elle n'avait que sa consistance ordinaire. L'ostéide, dont le plus grand diamètre était de quatre lignes, représentait une capsule, percée au milieu d'une ouverture arrondie, par où passait le nerf optique. Elle a fourni, à l'analyse chimique, les élémens ordinaires des ossifications anormales. (*Mémorial des Hôpitaux du midi, etc.*, n.° 3.) Suivant M. Dubreuil, qui n'admet point l'existence de la membrane décrite par le docteur Jacob, comme interposée entre la rétine et la choroïde, une violente inflammation de l'œil avait déterminé l'épanchement d'une substance plastique entre ces deux tuniques, cette substance s'était

organisée en fausse membrane, et, après avoir passé par l'état fibreux albuginé, avait été envahie par l'ossification. Cette explication, extrêmement plausible pour le cas qui vient d'être rapporté, l'auteur la juge applicable, non sans raison peut-être, à tous les faits publiés jusqu'ici comme des exemples de l'ossification de la rétine. Tel est celui qu'on lit dans la 52.ᵉ épître de Morgagni. « Au-dessous de la choroïde, la rétine était remplacée par une lame osseuse qui partait de l'insertion du nerf optique, s'étendait tout d'une pièce, conservant la forme de l'œil, et embrassant l'humeur aqueuse jusqu'à la circonférence de la cornée. » L'étendue antérieure de la production osseuse porte à douter, comme le remarque fort bien M. Dubrueil, qu'elle existât réellement dans la rétine. Cette membrane aura sans doute été atrophiée par la pression de l'ostéide, au point d'être méconnue. On en peut dire autant de l'observation consignée par Haller dans ses *opuscula pathologica* : *Choroïdeæ membranæ suberat, retinæ loco, lamina ossea aut lapidea.* L'illustre physiologiste n'affirme point que la rétine fut elle-même transformée, quoiqu'il incline vers cette opinion. Tel est encore le fait inséré par Morand dans les *Mémoires de l'Acad. des Sc. pour* 1732, et celui qu'on trouve dans le Traité des maladies des yeux de Scarpa. Si tout porte à considérer, comme extrêmement rare ou non encore observée, l'ossification de la rétine, il existe un certain nombre d'exemples d'altérations de cette espèce dans d'autres parties de l'œil. Nous en citerons un publié par J. God. Zinn, en 1757, dans le *Hamburgisches Magazin*, et rapporté par extrait dans le tome IX, page 112, des *Comment. de reb. in med. gestis.* Il s'agit d'une ossification fort analogue à celle observée par M. Dubrueil; mais un peu autrement située : *Hæc substantia* (*ossea*) *in posteriori oculi parte ad ingressum nervi optici* INTER TUNICAM CHOROIDEAM ET SCLEROTICAM *originem duxit seque ad pupillam usque extendit annulumque inæqualem repræsentavit*, etc.

Le docteur Pierquin vient de faire connaître un cas d'ossification de la cornée. (*Journal des Progrès*, etc., tom. XV.) Un homme d'environ soixante ans, aveugle depuis quinze ans, avait l'œil gauche affecté d'amaurose, sans altération appréciable. La cornée de l'œil droit offrait, dans toute son étendue, une teinte parfaitement blanche. Elle était lisse, dure et insensible. La percussion donnait lieu à un bruit assez analogue à celui qu'on obtiendrait en frappant sur une table d'ivoire. La lésion parut due à une ossification totale de la cornée transparente, et n'affecter qu'elle, car elle cessait uniformément à tous les points d'insertion dans le cercle de la sclérotique. Le malade n'avait jamais éprouvé que de légères ophthalmies. L'œil droit avait été malade long-temps avant que l'autre

perdit l'usage de la vue. La maladie commença par un point blanc venu dans le milieu de la moitié inférieure de la cornée. Elle augmenta insensiblement, et finit par acquérir après *plus de vingt jours* l'étendue qu'on vient de décrire. Vers la partie latérale on remarquait un espace de la longueur de *trois ou quatre lignes* qui était seulement cartilagineux, ce qui fait penser que tout le reste de la cornée avait dû passer par ce même état.—L'observation suivante rapportée par J. Wardrop, dans son *Anatomie pathologique de l'œil*, diffère de toutes celles qui précèdent. Cette observation est due à M. Anderson, chirurgien à Inverari. La malade était une femme âgée de 31 ans. En examinant l'œil droit, le chirurgien observa une substance blanchâtre, partant de la partie interne de la sclérotique, et se portant en haut, dessous la cornée, sur une grande partie de l'iris, jusque tout près de la pupille. Il y avait une ophthalmie très-douloureuse, un larmoiement continuel, impossibilité de supporter la lumière, et une diminution considérable de la vue. Le globe de l'œil exécutait ses mouvemens ordinaires, mais il était moins gros que l'autre. Cette maladie avait été produite quinze ans auparavant par une chute sur une racine d'arbre, dont une partie avait frappé contre l'œil droit, mais n'avait rien entamé. La douleur, qui n'avait point complètement cessé depuis l'accident, était devenue plus violente depuis quelques mois. L'extraction de la substance anormale qui s'était développée dans l'œil fut résolue. M. Anderson fit dans la cornée une incision pareille à celle qu'on pratique pour l'extraction de la cataracte; il souleva le lambeau avec un petit crochet, et, avec le même instrument, il amena une petite pièce osseuse. Sa partie supérieure était aussi mince que du papier; inférieurement, elle était plus épaisse, poreuse et fragile, d'une figure semi-lunaire irrégulière, et environ de la largeur d'une pièce de douze sous. Sa partie supérieure était entièrement libre, l'inférieure un peu adhérente, mais elle sortit facilement sans qu'il fût nécessaire d'employer l'instrument tranchant pour la détacher. Les mouvemens de la malade ne permirent pas de rechercher où était l'origine de l'ossification. (*Journ. des Progrès*, etc., tome XV.)

Suppression complète de la sécrétion urinaire pendant sept semaines. — *Obs. par le docteur Ramm de Riga.* — Itzig, âgé de 12 ans, d'une constitution peu robuste, s'était toujours bien porté. Un des derniers jours de décembre, après avoir pris, comme à son ordinaire, quelques tasses de café, il éprouva un malaise qui dura cinq à six jours, et pour lequel on fit prendre un purgatif qui fut vomi aussitôt après l'ingestion. A dater de cette époque, la sécrétion de l'urine fut supprimée, et le malade n'en rendit pas une goutte, quoiqu'il bût tous les jours près d'un litre d'eau ou de vin, de café,

de thé ou de bière. On lui prescrivit alors *un diurétique*, dont il prit d'abord dix gouttes, et plus tard jusqu'à cinquantes gouttes, toutes les deux heures. Ce médicament procura une seule fois la sortie de plus d'un litre d'urine, dont on ne remarqua pas les propriétés; mais depuis, la sécrétion urinaire cessa entièrement. On consulta alors le docteur Hübenthal, de Wietepsk, qui, pendant dix-neuf jours, ordonna sans aucun succès plusieurs médicamens internes, et tous les soirs un bain tiède d'eau de savon. Quand le docteur Ramm vit cet enfant pour la première fois, le 20 février, on lui apprit que, depuis plus de sept semaines, il n'avait pas rendu une seule goutte d'urine; qu'il avait une selle naturelle et dure tous les deux ou trois jours; qu'il ne suait jamais, que sa peau, au contraire, était devenue plus sèche après les bains savonneux qu'il avait pris, qu'il avait un appétit médiocre et un très-bon sommeil. L'enfant, au reste, paraissait se porter très-bien, n'éprouvait pas la moindre douleur, et ne presentait de tuméfaction dans aucune partie de son corps. *On ne pouvait, d'ailleurs, suspecter la bonne foi des parens, qui étaient des gens honnêtes et bien élevés, et qui désiraient ardemment de voir leur enfant délivré de son infirmité.* Le 22 février, plusieurs médecins étant réunis en consultation, on trouva le ventre légèrement gonflé et tendu, parce que depuis deux jours il n'y avait pas eu de selle. Le cathétérisme n'amena pas une goutte d'urine. On ordonna la potion suivante : *R. huile de succin purif. gros* ij, *térébenthine de Venise, gros* vj, *baume de copahu* ℥ j, *M. à prendre* 30 *gouttes trois fois par jour dans du lait d'amandes.* De plus : *frictions répétées soir et matin sur les lombes et dans les aînes avec l'huile de térébenthine.* Pour nourriture, des végétaux, tels que asperges, radis, céleri, etc.; et pour boisson, lors des repas, la bière préparée avec le raifort.

Le 22 février, vers le soir, on commença l'usage de ces moyens, et le 24, le malade rendit d'abord quelques gouttes d'urine mêlées de sang, provenant sans doute d'une blessure légère faite dans l'urètre avec le cathéter, et quelques heures après, un quart de litre d'urine claire et légèrement muqueuse fut rendue sans aucune douleur. On continua la même médication; le 25 et le 26 février, un quart de litre environ d'urine était rendu matin et soir. Les jours suivans, des urines claires et limpides coulaient deux, trois et quatre fois chaque jour (1/8 à 1/4 de litre chaque fois), selon que le malade avait bu plus ou moins. La peau restait toujours sèche. Jusqu'au 8 mars, on diminua insensiblement la dose de la potion; à cette époque, les reins ayant repris toute leur action, le malade s'en retourna complètement guéri. (*Journal des Progrès, etc.* T. XV, *d'après le Journal de Hufeland.*)

Ce qui rend ce fait fort extraordinaire, c'est la persistance de la santé malgré la suppression de la sécrétion urinaire. Nous ne prononcerons rien sur son authenticité. Nous indiquerons seulement le cas publié par M. Gaultier de Claubry, d'un homme qui mourut après *dix jours* de la suspension complète de l'action des reins. (*Journ. gén. de Méd.* T. LII.) Un exemple d'anurie complète qui amena la mort après *plusieurs mois* de durée, et dont l'histoire se trouve dans la *Biblioth. Médicale*, 1825; une autre suppression de même genre qui, après avoir causé des accidens variés, donna lieu à des vomissemens urineux, et se termina heureusement au bout *d'un mois et demi* environ (Nysten, *Recherches de physiologie et de chimie pathologiques*, p. 278.) Enfin, le cas publié par M. Vieusseux, d'une petite fille de 11 ans, chez laquelle il y eut, *pendant dix-huit mois*, suppression totale de l'urine. Il se manifesta d'abord des symptômes d'hydropisie ascite qui cédèrent aux médications d'usage en pareil cas; et après ce long espace de temps, le cours des urines se rétablit, l'enfant jouit d'une bonne santé, et n'eut pas le moindre ressentiment de sa maladie. (*Journal de médecine de Corvisart, etc.* T. VII, p. 3.) Après ces faits, auxquels on pourrait en ajouter plusieurs autres que nous ne garantirions pas aussi volontiers, nous en rappellerons un que Nysten a consigné dans son ouvrage, tout près de celui que nous indiquions il y a un instant (*Op. cit.* p. 280 *et append.*), et qui fournit le singulier exemple de l'imposture la plus étrange et la mieux soutenue dont une foule de médecins aient pu être les jouets.

Tumeur fibreuse dans l'épaisseur de l'os maxillaire inférieur. Roulier (Victoire), repasseuse, âgée de 16 ans, d'une très-bonne constitution, non encore réglée, mais fort bien portante, avait à la mâchoire inférieure une tumeur dont le volume surpassait celui d'un œuf, et qui la conduisit à l'Hôtel-Dieu le 17 août 1829. Cette tumeur, suivant le rapport de la malade, ne datait que de trois mois, et était survenue sans cause connue. Elle était dure, sans inégalités ni fluctuation, et s'étendait depuis le voisinage de l'angle de la mâchoire jusqu'à la dent canine. La membrane muqueuse qui la recouvrait était saine, ainsi que la peau de la joue. Plusieurs dents molaires étaient tombées spontanément. L'absence de douleur, pendant le développement de la maladie, paraissait devoir écarter l'idée d'un ostéo-sarcôme; ce pouvait être une exostose : mais en explorant la tumeur, M. Dupuytren put, sans beaucoup d'efforts, la faire céder sous le doigt, et aperçut distinctement de la crépitation. Ce caractère est celui des kystes développés dans les os, dont la coque amincie crie en se brisant sous le doigt qui la presse. Dans un second examen, le chirurgien n'éprouva point la même sensation, et il

resta quelque incertitude sur la nature de la maladie. L'opération fut résolue. On disposa, pour la pratiquer, tous les instrumens que pouvaient exiger les qualités, quelles qu'elles fussent, de la tumeur. Ce fut le 26 août 1829. La malade fut assise sur une chaise, le côté droit de la tête fortement fixé sur la poitrine d'un aide. M. Dupuytren, placé au côté gauche de la malade, lui fit ouvrir la bouche, et incisa avec un bistouri la membrane muqueuse buccale en dedans et en dehors du rebord alvéolaire. Un petit couteau, fort et bien tranchant, coupa sans beaucoup de peine l'os qui formait les parois d'un véritable kyste. Alors se présenta la tumeur qui y était renfermée. Elle fut soulevée avec une spatule, et enlevée après quelques efforts. Cette extraction fut très-douloureuse. Cette tumeur était blanche, dure, très-élastique; son tissu criait sous le scalpel, et ne fournissait ni sang, ni sérosité. Sa surface était inégale, bosselée. Les enfoncemens qu'elle présentait correspondaient à des saillies que présentait la paroi interne de la cavité où elle était contenue. Elle présentait donc au plus haut degré tous les caractères du tissu fibreux. Nul accident ne suivit l'opération. Selon toute probabilité, les parois de la cavité osseuse qu'on a évacuée reviendront sur elles-mêmes, et il ne restera, au bout de quelque temps, que peu ou point de difformité. (*La Lancette*, T. II, n.° 34).

Fracture du calcanéum. — *Observ. de M. Custance.* — M.me D.*** âgée de 50 ans, voyageait, le 6 novembre 1824, sur l'impériale d'une voiture publique qui versa. Elle tomba violemment sur le côté gauche, et le talon du même côté se trouva pris entre le sol et le rebord de l'impériale de la voiture. Il en résulta une violente contusion et un gonflement très-considérable. M. Doughty, chirurgien à Kidderminster, lieu voisin du théâtre de l'accident, s'empressa de donner à cette malheureuse femme les soins nécessaires; mais il ne put reconnaître précisément la nature de l'accident. Il appela le lendemain M. Custance, et après un examen attentif du pied malade, ces deux praticiens reconnurent qu'il n'y avait pas de luxation, comme ils l'avaient pensé au premier abord; mais que la déformation du pied était due à une fracture de la partie postérieure du calcanéum, immédiatement au-dessous du point d'insertion du tendon d'Achille. Le fragment postérieur de cet os, fortement tiré en haut par la contraction des muscles gastrocnémiens, était remonté vers le mollet, et se trouvait séparé du fragment antérieur par un intervalle de cinq pouces. Le gonflement était énorme, et tous les efforts tentés pour ramener la portion d'os à sa place naturelle furent inutiles. Malgré l'emploi assidu des moyens antiphlogistiques les plus puissans, il se développa une violente inflammation de toute la jambe; une partie des tégumens fut frappée de gangrène; la portion du tendon d'Achille, à laquelle tenait

l'os fracturé, s'exfolia profondément, et le fragment lui-même fut mis à nu. Il était si fortement adhérent aux parties sous-jacentes, qu'il était impossible de le faire mouvoir dans aucun sens. M. Custance pensait que frappé de nécrose, il finirait par se détacher; mais sa surface seulement s'exfolia ; le reste se recouvrit de bourgeons charnus, de même que toute la surface de cette vaste plaie, et, au bout de quatre mois, la cicatrisation était complète. Ce ne fut cependant que cinq mois après que M.e D. put essayer de marcher. Comme la jambe était d'abord très-raccourcie, elle fut obligée de porter un soulier avec un haut talon; mais peu à peu le raccourcissement diminua, et les mouvemens de la jambe se rétablirent complètement. « Aujourd'hui, dit M. Custance, le fragment du calcanéum est fixé à 4 pouces et demi au-dessus de sa place normale. Le talon a une apparence naturelle, mais au toucher il est mou, comme un coussin. La malade marche sans boiter le moins du monde et avec un soulier à talon plat, comme avant son accident. Plusieurs chirurgiens distingués ont examiné M.me D., et n'ont conservé aucun doute sur la véritable nature de la fracture; tous se sont accordés à dire qu'ils n'avaient jamais rencontré de fracture semblable. »

M. Lisfranc a entretenu l'Académie de Médecine d'un cas qui présente une grande analogie avec celui que nous venons de rapporter. Voy. *Archives générales*, t. XVI, p. 109. (*The medical and surg. Reporter*, et *Lond. med. and surg. Journ.*; juin, 1829.)

Thérapeutique.

DU TRAITEMENT DE L'OPHTHALMIE BLENNORRHAGIQUE. — *Par le docteur Ed. Eissen.* — On sait que M. Dupuytren traite cette espèce d'ophthalmie par la saignée et l'application de sangsues à la paupière inférieure, puis par des instillations de laudanum dans l'œil et des insufflations de calomel. Le docteur Eissen qualifie l'emploi de ces topiques de médication intempestive et dangereuse, et lui attribue les ulcérations si fréquentes de la cornée, et la coagulation de l'humeur qui se trouve entre les lames de cette membrane. Une méthode bien préférable, suivant lui, est celle qu'emploient, avec des succès constans, Beer, Rust, Astley Cooper et Hessert. Elle consiste, avant tout, à combattre l'inflammation par un traitement antiphlogistique énergique. Il y a peu d'affections où il faille saigner avec autant de hardiesse; sur des sujets robustes, on peut et l'on doit même aller quelquefois jusqu'à trois et quatre saignées dans les vingt-quatre heures. L'application des sangsues à la paupière inférieure doit être réjetée à cause de l'irritation que produit la morsure. Mais on retirera un parti très-avantageux des ventouses appliquées aux tempes.

Dès que l'on a satisfait à cette première indication, il faut produire de puissantes révulsions par l'application des vésicatoires au bras ou à la nuque. Mais la principale médication révulsive consiste dans l'administration du calomel. Ce n'est ni comme anti-syphilitique, ni comme purgatif, qu'il s'agit de l'employer ici, mais pour produire un travail fluxionnaire dans le canal digestif, et détourner l'afflux des humeurs du globe de l'œil. A cet effet, et pour éviter de nouvelles congestions vers la tête, il faut empêcher que le calomel ne porte à la bouche. On remplit ce but en ajoutant au calomel parties égales de poudre de jalap ou de magnésie, qui fixent davantage son action sur le tube intestinal. La dose est de cinq à six grains de de calomel toutes les heures. La moitié de cette dose suffira pour des sujets d'une constitution faible, et dans ce cas on doit combiner de préférence le calomel à la magnésie. Mais le point important de cette médication, c'est de la continuer jusqu'à produire une affection artificielle contre laquelle la réaction organique est forcément appelée, ce qui seul peut produire une révulsion suffisante. Cette affection artificielle s'annonce par des gargouillemens dans les intestins, par des selles verdâtres et fétides, par le teint plombé, le pincement des ailes du nez, le froid des extrémités et la saveur métallique que le malade se plaint de ressentir. Pour toute application locale, il ne faut que des lotions d'eau de guimauve tiède. Les insufflations de calomel, les instillations de laudanum, les solutions de sublimé corrosif et l'onguent mercuriel employés par Beck, sont toujours, même quand l'inflammation diminue, des moyens dangereux. Ce n'est que lorsque toute inflammation a disparu, et qu'il ne s'agit plus que de faire revenir sur eux-mêmes les vaisseaux distendus de la conjonctive, qu'on est autorisé à se servir de collyres astringens. (*La Clinique*, 22 *août* 1829).

Suture du vagin et de la vessie dans un cas de fistule vésico-vaginale. — *Par L. Malagodi, de Bologne.* — Marie Reggiani, âgée de vingt-deux ans, portait depuis son premier accouchement, qui avait été très-laborieux, une fistule vésico-vaginale, par l'ouverture de laquelle un doigt pouvait pénétrer facilement dans la vessie. Après avoir employé, pendant huit mois, tous les moyens suggérés par l'art, elle alla à Bologne, se confier aux soins de M. Malagodi, qui la soumit le 28 août 1828 à l'opération suivante. Aidé des docteurs Montebugnoli et Rosospina, le chirurgien plaça la malade dans la position d'usage pour l'opération de la taille. Il introduisit l'index de la main droite, recouvert d'un doigtier en peau, dans l'ouverture fistuleuse, fléchit les deux dernières phalanges en guise de crochet, et amena le plus possible, en le tirant en bas, le bord calleux gauche de cette ouverture à l'orifice du vagin. Il prit alors, de la main op-

posée, un bistouri droit, et coupa sur son doigt, au moyen d'une incision semi-lunaire, le bord qu'il avait fait saillir. Il répéta la même opération du côté opposé, en changeant de main, c'est-à-dire, en introduisant l'index gauche et en opérant avec la main droite. Les bords de la fistule ainsi rafraichis, il s'agissait de les rapprocher et de les maintenir en contact. Trois cordonnets, portant à chacune de leurs extrémités une aiguille très-courbe et très-petite, et une tige sur laquelle les aiguilles pouvaient être fixées et laissées à volonté, furent les instrumens employés pour cette réunion. M. Malagodi introduisit l'indicateur droit dans l'ouverture ravivée, de manière que le dos de la main regardait le corps de la malade, le pouce en bas et le petit doigt en haut, et il ramena sous ses yeux la lèvre gauche de l'ouverture vagino-vésicale. Prenant alors de la main gauche une aiguille fixée sur son manche, il l'enfonça près de l'angle postérieur de la plaie, en la faisant pénétrer, avec le secours du doigt, d'arrière en avant. Après cette première aiguille, il en passa une seconde de la même manière, puis une troisième, à des distances égales; ayant répété la même opération du côté opposé, il noua les cordons deux à deux, et put amener ainsi à un contact immédiat, et dans toute leur longueur, les bords de la plaie. La malade fut remise dans son lit, avec recommandation de rester couchée sur le dos. Une sonde fut mise à demeure dans la vessie; et un vase placé au-dessous pour recevoir l'urine qui s'écoulerait librement à mesure qu'elle serait apportée par les uretères. Pendant tout le cours de la seconde journée, l'urine passa par la sonde, et pas une goutte par la plaie. Il n'en fut pas de même le lendemain, où l'on trouva baigné de ce liquide le peu de charpie qui avait été introduit dans le vagin. Le quatrième jour la malade fut replacée dans la position de l'opération. M. Malagodi vit que les deux points de suture postérieurs s'étaient maintenus; il les enleva, et la réunion se trouva parfaitement accomplie, là où les bords étaient restés en contact. Le point antérieur, au contraire, avait déchiré la lèvre gauche de la plaie, et il en était résulté qu'un tiers à-peu-près de l'ouverture primitive ne s'était pas cicatrisé. Bien que la cautérisation par le nitrate d'argent n'eût produit aucun avantage quand l'ouverture fistuleuse permettait le passage du doigt, on eut lieu d'espérer que le même moyen serait plus efficace, alors que cette ouverture avait été réduite au diamètre d'une sonde ordinaire. M. Malagodi eut donc recours à la cautérisation, et au bout de trois semaines environ, il obtint une amélioration sensible. La sonde fut constamment laissée dans la vessie. Le docteur Montebugnoli continua, pendant quelques semaines encore, l'emploi du caustique, et la malade fut complètement guérie vers le commencement de

janvier. (*Gazette de Santé*, 15 *août* 1829, d'après le *Raccoglitor Medico*, 6 *juillet* 1829).

Accouchemens.

Enfant retiré vivant du sein d'une femme qui venait d'expirer; *par M. Huguier, interne à l'hôpital Saint-Louis.* — Une femme de 28 ans, au 7.e mois d'une première grossesse, entra à l'hôpital Saint-Louis, le 2 juin 1829, atteinte de phthisie pulmonaire. Le 17 juillet, quinze jours avant le terme de la grossesse, une hémoptysie foudroyante se déclara; le sang sort par flots de la bouche et des narines; une, deux cuvettes sont aussitôt remplies, et la malade expire au milieu de légères convulsions. L'interne de la salle, M. Huguier, arrive au moment même, s'assure de la mort, pratique en toute hâte une incision sur la ligne blanche, ouvre la matrice, et retire par les pieds un beau garçon que l'on eut d'abord quelque peine à faire respirer, mais qui est encore aujourd'hui plein de vie et de santé. (*La Lancette*, du 8 août 1829.)

Médecine-légale.

Présomption de vol accompagné de voies de fait. — *Extrait d'un article communiqué par le docteur Gaultier de Claubry.* — B., âgé de 36 ans, ancien militaire, père de famille, d'une conduite régulière, et n'ayant jamais été vu dans un état d'ivresse, se rend, un jour de la fin de décembre 1827, à Vincennes, chez des parens où il se propose de dîner. Le lendemain matin il est ramené à son domicile; il a perdu son chapeau, un parapluie et une montre d'or. Ses vêtemens sont souillés de boue, particulièrement en arrière; il a le front et la face couverts de sang, et porte plusieurs contusions graves sur divers endroits du tronc et des membres. Il rapporte qu'il a dîné la veille en famille à Vincennes, et qu'il en est parti à huit heures du soir, à pied, n'ayant trouvé de place dans aucune voiture; (le temps est froid; mais la nuit est claire, à cause de la pleine lune). A quelque distance des dernières maisons de Vincennes, il est rencontré par deux soldats du régiment d'artillerie, lesquels s'approchent de lui, le saisissent rudement au collet, le secouent, le tirent hors de la route, et lui demandent s'il a de l'argent: ils veulent même s'en assurer en fouillant dans la poche de son pantalon; mais, plus prompt qu'eux, il parvient à saisir une pièce d'argent et une autre d'or qu'il garde dans sa main étroitement fermée. Il montre encore, au moment où il fait cette déclaration, les deux pièces de monnaie qu'il a su dérober aux recherches des ravisseurs. Ceux-ci le couchent à terre sur le revers d'un fossé, et s'éloignent rapidement, emportant sa montre, son chapeau et son parapluie. Le mal-

heureux B., tout meurtri de coups, reste couché sur le sol couvert d'une boue à demi-desséchée par la gelée du jour précédent; il perd connaissance. A la pointe du jour, il revient à lui, pousse inutilement des cris plaintifs, n'est entendu de personne, se traîne péniblement jusqu'à l'habitation la plus voisine. On le réchauffe, on lui fait prendre un peu de bouillon et de vin; on le reconduit chez lui dans une voiture.

Tel est le récit qu'il fait après avoir été déshabillé et couché. Un commissaire de police est appelé et reçoit sa déclaration. B. raconte sans aucune variation les mauvais traitemens qu'il a reçus, les paroles qui lui ont été adressées. Les blessures nombreuses dont il est porteur confirment amplement son récit. Personne ne doute que les choses ne se soient passées comme il le déclare. Sa moralité connue dépose suffisamment en sa faveur. Mais M. le docteur Gaultier de Claubry, appelé pour donner des soins au blessé, trouve, dans l'examen approfondi des conditions dans lesquelles se trouve B., une explication toute différente des faits rapportés. B. a, 1.° une plaie contuse au front, à l'extrémité interne de l'arcade surcilière droite; 2.° une contusion avec large ecchymose à la région malaire du même côté; 3.° une contusion au bord inférieur du côté droit de la mâchoire inférieure; 4.° une meurtrissure superficielle aux tégumens qui recouvrent la clavicule droite; une fracture des cinq, six et sept côtes droites vers l'extrémité antérieure de ces os; 6.° une contusion très-forte des tégumens qui recouvrent la branche horizontale de l'os coxal droit vers la crête antérieure et supérieure; là existe une vaste ecchymose; 7.° une meurtrissure superficielle à la partie inférieure de la cuisse droite, en dedans, et jusqu'au côté interne du genou droit; 8.° une entamure superficielle des tégumens de la face interne de la jambe correspondante; 9.° enfin, une contusion à la malléole interne de la même jambe.

M. Gaultier de Claubry considérant que toutes ces lésions existent d'un même côté du corps et suivant une ligne parfaitement droite qui, partant de la région sus-orbitaire, serait tirée jusqu'à la malléole interne en passant par dessus la branche horizontale du pubis, tout soupçon que de semblables lésions puissent résulter des sévices auxquels on les attribue s'évanouit dans son esprit; et ce médecin déclare que la cause assignée aux blessures qu'a reçues B. ne peut être admise; que, de plus même, la situation de ces blessures dans une direction parfaitement droite de la tête aux pieds, le caractère de plaies contuses, de contusions au moins que la plupart présentent, et la circonstance d'une triple fracture des côtes, sont une démonstration rigoureuse que B. aura été renversé par une voiture qui aura passé sur lui dans toute la longueur de son corps; dès-lors

aussi tout soupçon de vol avec voies de fait doit être écarté. Des circonstances inattendues viennent bientôt répandre un nouveau jour sur cette affaire, et confirmer la manière de voir de M. Gaultier de Claubry sur la cause des blessures.

Les vêtemens de B. sont souillés de boue dans toute leur partie postérieure; ils en sont peu tachés par devant; une large trace de boue existe sur l'habit et le pantalon du côté droit, dans une direction verticale de haut en bas. Dans le gousset droit du pantalon, on trouve les débris très-menus d'un verre de montre; et voilà qu'arrive de Vincennes un homme établi dans ce village, où il tient une boutique de comestibles, qui rapporte un chapeau tout couvert de boue et une montre d'or qu'on reconnaît appartenir à B. La montre, dont le verre est détruit en totalité, a le cadran brisé. Le cachet qui pend à l'extrémité de la chaîne est écrasé, aplati, ainsi que les deux anneaux qui en sont les plus proches, comme si ces objets avaient été pressés par un corps pesant sur un sol résistant. L'épicier dépose que, la veille au soir, vers neuf heures, deux soldats de la garnison ont apporté chez lui le chapeau et la montre, qu'ils ont dit avoir recueillis sur un homme ivre trouvé par eux couché à la renverse au milieu de la grande route, et qu'ils ont traîné au-delà du fossé pour le mettre à l'abri des accidens auxquels l'exposait le passage continuel des voitures; que ces militaires ont déclaré avoir demandé à cet homme s'il avait de l'argent, et lui avoir pris ses effets pour qu'ils ne lui fussent pas volés pendant la nuit; qu'enfin le témoignage des deux soldats se trouvait confirmé par celui d'un bourgeois de Vincennes, connu de lui, qui était avec eux dans une voiture sous les roues de laquelle B., couché à la renverse sur la route, a été rencontré.

Une semblable déclaration vient enfin tout expliquer, excepté pour B. qui ne peut dissiper l'illusion dans laquelle il reste; et voici comment on raisonne: cet homme, un peu pris de vin, en sortant d'un lieu où il faisait très-chaud, est saisi par le froid; dès-lors l'ivresse se prononce. Soit que dans cet état B. n'ait pu éviter une voiture qui venait à sa rencontre, soit qu'il ait commencé par tomber à la renverse sur la route, une roue lui passe sur le corps, et occasionne les nombreuses blessures observées sur lui. Que l'on soupçonne ou non que la voiture même dans laquelle se trouvaient les soldats ait causé ce désastre, peu importe. Les voyageurs, qui disent seulement avoir trouvé un homme couché sur le dos au milieu du chemin, lui donnent les soins dont il a été fait mention. Le seul souvenir que celui-ci ait conservé est que, étant sur la route de Vincennes, il a été violemment heurté, puis s'est trouvé entre les mains de deux militaires qui lui ont demandé s'il avait de l'argent sur lui, qui ont

cherché à s'en assurer en le fouillant, lui ont pris sa montre et son chapeau, et l'ont entraîné hors du grand chemin. Dès-lors il est tout-à-fait concevable que l'idée d'un vol se soit formée dans sa tête.

Voilà, comme l'observe M. Gaultier de Claubry, un fait où la médecine a répandu les lumières les plus précieuses sur un cas de présomption en apparence très-fondée d'un vol de grand chemin, accompagné de voies de fait, et qui prouve que le médecin-expert doit se prémunir contre toute présomption avant l'examen même de l'état des choses. Dans quelles erreurs les magistrats n'eussent-ils pas été entraînés, si, par de fâcheuses coïncidences et par le rapport d'un médecin qui n'aurait pas examiné assez attentivement les lésions et aurait ajouté trop de foi à la relation vraisemblable du blessé, on y eût vu la matière d'un procès criminel. — Du reste, pour en revenir au blessé, après divers accidens et un traitement antiphlogistique très-énergique, il se rétablit complètement; et, convaincu par le raisonnement de la vérité de l'explication qu'on lui donnait de tout ce qui s'était passé, il ne pouvait néanmoins chasser de sa mémoire l'impression première qu'il avait reçue et qui s'y était si profondément gravée.

Pharmacologie, Toxicologie.

De l'action du camphre sur l'homme sain; *par le docteur Lucas Scudery de Messine.* — L'auteur fait remarquer d'abord combien il est difficile, d'après la diversité d'action d'un même medicament sur plusieurs individus, de déduire des résultats qu'on obtient une conclusion qui soit applicable à tous les cas; il rappelle l'influence variée que peut produire l'âge, le sexe, la constitution propre à chacun, etc., et après avoir énuméré ces différentes circonstances, il rapporte les expériences suivantes qu'il a faites sur lui-même, en présence de plusieurs de ses collègues, qui se sont eux-mêmes soumis aux mêmes essais, afin de prévenir les erreurs qui auraient pu naître de son observation exclusive.

L'ingestion de 10 à 15 grains de camphre dans l'estomac a donné lieu au bout de quinze à vingt minutes à une accélération prononcée du pouls avec plus de force dans les pulsations; ces phénomènes ont persisté au même degré, pendant une ou deux heures. Il existait en même temps, rougeur de la face, sécheresse de la peau, céphalalgie accompagnée de vertiges, sensibilité plus vive à l'impression de la lumière, yeux brillans, conjonctive injectée, resserrement de la poitrine, odeur de camphre dans chaque expiration; nul sentiment de chaleur ou de pesanteur à l'estomac, au contraire sensation agréable et comme fortifiante, quelques besoins d'uriner suivis de l'excrétion d'une urine d'odeur camphrée, toujours en petite quantité, rendus avec un sentiment de chaleur dans le canal; constipation. Ces divers phéno-

mènes se dissipent généralement au bout de 4 heures ; pendant la nuit, le sommeil est agité de rèves voluptueux, avec érection du pénis et pollutions. Ces effets du camphre, qui se sont reproduits dans cinq expériences successives, sont beaucoup plus prononcés quand le camphre est pris dissous dans l'alcohol. Leur intensité était aussi en raison directe de l'augmentation de la dose ingérée ; ces effets étaient alors plus prolongés, et accompagnés d'un mouvement fébrile. M. Scudery a avalé progressivement jusqu'à deux scrupules de camphre à la fois dans plusieurs expériences.

Les docteurs Pasquali de Rome, et Mezzetti, M. Gassoni, directeurs du jardin botanique, ayant répété les mêmes expériences, éprouvèrent les mêmes effets que le docteur Scudery. Un mois après cette expérimentation, l'auteur voulant connaître la modification que le nitre apporterait à l'action du camphre, avala deux scrupules de cette dernière substance, et cinq minutes après, il prit deux drachmes de nitre dissous dans une demi-livre d'eau. Il éprouva presqu'immédiatement après des nausées avec frisson, et une salivation assez abondante. Au bout de dix minutes le pouls se ralentit, mais vingt-cinq minutes n'étaient pas écoulées qu'il reprit une nouvelle force ; il survint une légère céphalalgie, trouble dans les idées ; la douleur de tête augmenta graduellement, la lumière lui paraissait plus vive, les objets plus éclairés ; conjonctive injectée, face chaude, efforts pour uriner, pouls vibrant et fréquent. Dans cet état, le docteur Scudery but une nouvelle solution de deux drachmes de nitre dans une demi-livre d'eau ; immédiatement après les nausées reparurent, mais la céphalalgie et les autres phénomènes se dissipèrent : au bout de quelques instans ils se reproduisirent, mais à un faible degré. Une demi heure après, excrétion d'une petite quantité d'urine sans douleur, pouls presque naturel ; dans le reste du jour, il ne survint aucun phénomène particulier, la nuit fut calme, l'urine abondante et sédimenteuse, il y eut deux évacuations alvines.

Cette expérience fut répétée comme la précédente à plusieurs reprises, et en variant les doses du camphre et du nitre. Le docteur Mezzetti fit encore quelques essais. De ces expériences le docteur Scudery conclud : 1.° qu'à la dose de 8 à 10 grains, le camphre ne produisant chez l'homme sain qu'un effet à peine appréciable, on doit l'administrer, dans l'état de maladie, à la dose d'un ou deux scrupules, mais divisés en plusieurs prises ; 2.° Qu'un des effets du camphre sur l'économie, est de causer une excitation caractérisée par l'accélération de la circulation et l'élévation de la chaleur animale ; 3.° Qu'il ne cause pas d'irritation sur la membrane gastro-intestinale, qu'il n'excite ni douleur ni borborygmes, mais qu'il donne lieu à la constipation ; 4.° qu'il agit spécialement sur les organes génito-uri-

naires, en augmentant l'énergie de leurs fonctions : les rêves voluptueux, l'érection du pénis, le sentiment de chaleur de l'urètre lors du passage de l'urine, sont autant de preuves de son action stimulante, 5.° Que les vertiges, l'impression plus vive de la lumière sur l'œil, la céphalalgie, l'accélération de la circulation et l'excitation des organes génito-urinaires, etc., annonçent que le camphre agit immédiatement sur le cerveau, le cervelet et le grand sympathique; 6.° Que l'on augmente l'action excitante du camphre en l'unissant à un autre stimulant, comme l'alcohol par exemple, tandis que le nitre diminue au contraire l'énergie de sa propriété stimulante. (*Annali Universali di med.* Milan, juin, 1829).

De la propriété qu'ont les asperges de ralentir la circulation; *par M. Broussais.* — Outre la propriété d'affaiblir l'activité du cœur et de ralentir la circulation, que possèdent la digitale pourprée, l'acide hydrocyanique et ses préparations, ces médicamens ont, comme on sait, l'inconvénient de provoquer une irritation plus ou moins vive de l'estomac, qui s'oppose souvent à leur emploi. M. Broussais, propose de leur substituer l'asperge, qui, inoffensive comme chacun sait, pour l'estomac, jouit, à un degré des plus évidens, d'une propriété sédative pour le cœur. Qu'une personne qui souffre par l'hypertrophie et la sur-activité de cet organe, dit M. Broussais, se mette à manger des asperges, elle sera soulagée ; qu'elle en suspende l'usage, elle verra se renouveler ses incommodités habituelles. Le sirop de pointe d'asperges jouit, comme la plante elle-même, de la propriété de ralentir les pulsations du cœur sans irriter l'estomac.

Un médecin que M. Broussais ne nomme pas, mais pour lequel il prend date de cette découverte, parait avoir déjà recueilli en sa faveur un grand nombre d'observations, et le professeur du Val-de-Grâce déclare pouvoir l'appuyer des résultats de sa propre expérience. (*Annales de la méd. physiol.* Juillet, 1829.

Académie royale de Médecine. (Août)

Sections réunies. — *Séance générale du 4 août* — Eaux minérales. — M. Henry fils lit un rapport sur les eaux minérales de Fulna, en Bohême. Ces eaux, qu'il compare à celles de Sedlitz et de Seydchutz, contiennent les mêmes priucipes salins, et sont douées d'une plus grande énergie. L'Académie, qui avait été consultée sur une demande faite par M. Piett, relativement à l'autorisation qu'il sollicitait d'en recevoir un dépôt, se borne à en approuver l'usage.

REMÈDES SECRETS. — M. Guibourt fait un rapport sur divers remèdes secrets, au nombre desquels sont les *biscuits anti-syphilitiques* de M. Ollivier. Cette dernière préparation excite une discussion très-animée à laquelle MM. Boullay, Rochoux, Piorry, Adelon et Orfila prennent part successivement. M. Orfila s'attache surtout à démontrer que la combinaison obtenue par M. Ollivier est nouvelle, puisqu'il n'est pas de composition à laquelle le deuto-chlorure de mercure n'imprime une saveur toute particulière, tandis que les biscuits de ce médecin sont absolument insipides, et que l'eau dans laquelle est dissoute la substance médicamenteuse qu'ils contiennent ne laisse apercevoir aucune trace de sublimé corrosif. L'Académie décide que la commission des remèdes secrets s'occupera d'analyser ce remède et de l'expérimenter.

LITHOTRITIE. — M. Ségalas communique un fait de lithotritie, pratiquée avec succès chez une petite fille de trois ans.

ACADÉMIE RÉUNIE. — *Séance générale extraordinaire du 18 août.* — MALADIES ATTRIBUÉES A LA MAUVAISE QUALITÉ DU SEL. — M. de Boisbertrand, au nom du Ministre de l'Intérieur, annonce à l'Académie qu'il règne en ce moment à Sézannes, département de la Marne, et, depuis long-temps, à la Ferté-Gaucher, département de Seine et Marne, des maladies attribuées à la mauvaise qualité du sel qu'on y débite; la lettre est accompagnée d'un paquet de ce sel dont il demande l'analyse. Renvoyé à la section de pharmacie.

NOUVEAU MOYEN DE DISTINGUER LE SANG DES DIVERS ANIMAUX. — M. Soubeiran, pharmacien en chef de la Pitié, lit un mémoire ayant pour titre *Observations sur un moyen nouvellement proposé pour distinguer le sang des divers animaux*. On sait que M. Barruel a publié un travail sur ce sujet. Le procédé qu'il indique consiste à mêler un tiers d'acide sulfurique avec du sang : on connaît alors à l'odeur qui s'exhale du mélange à quel animal ce sang a appartenu. *Voy. Archiv. gén.* t. XX p. 602. De plus, M. Barruel a déjà fait l'application de cette méthode dans un cas de médecine légale, et il dit avoir reconnu que des taches trouvées sur un linge avaient été faites par du sang de femme. Dans le but d'éclairer davantage cette importante question, M. Soubeiran a entrepris une série d'expériences nombreuses, qui l'ont conduit à adopter une opinion différente de celle de M. Barruel, et cela, non-seulement d'après son propre jugement, mais encore d'après celui de trois ou quatre personnes qui ont été témoins de ses essais. M. Soubeiran a surtout cherché à s'assurer s'il était possible de discerner le sang de l'homme de celui de la femme; et il se croit fondé à conclure ; 1.° que le sang de l'homme et celui de la femme ont, dans le plus grand nombre des cas, une odeur tellement analogue qu'il est impossible de reconnaître entr'eux au-

cune différence notable; 2.° que le sang de femme a quelquefois une odeur plus forte que celui de l'homme, surtout lorsqu'il provient de femmes brunes et douées d'une forte constitution; 3.° que, dans d'autres cas au contraire, ce même sang se fait remarquer par une odeur plus faible et un peu différente de celui de l'homme. Les résultats obtenus par M. Soubeiran, en expérimentant sur le sang des animaux, font penser à ce chimiste que celui de quelques-uns d'entr'eux peut être reconnu à l'aide du moyen dont il est question, mais qu'il n'en est pas de même pour tous. Il croit donc que, lorsqu'on est forcé d'opérer sur une petite quantité de matière, comme cela arrive le plus souvent dans les recherches médico-légales, le caractère tiré de l'odeur seule est défectueux, parce qu'il consiste en une sensation extrêmement fugace et qui peut être en outre altérée ou modifiée par une foule de circonstances accidentelles. Cette incertitude de résultats se retrouve, suivant M. Soubeiran, dans le procès-verbal dressé à l'occasion de l'affaire Belland, dont il rapporte les parties principales pour les combattre. Il termine en disant que le moyen de reconnaître l'espèce de sang est beaucoup trop incertain pour pouvoir être mis en usage dans les affaires criminelles, qui exigent au contraire des preuves positives et faciles à apprécier. — M. Villermé dit avoir répété les expériences de M. Barruel, et n'avoir obtenu que des résultats négatifs : mais il connaît trois personnes qui, prévenues d'abord contre l'assertion de ce chimiste, ont fini par reconnaître la réalité de sa découverte. — M. Chevalier, qui s'est occupé de la solution de cette question, s'est trouvé trois fois d'accord avec M. Barruel; cependant, il n'oserait porter un jugement dans un cas criminel, en s'appuyant sur des expériences de cette nature. — M. Gérardin, que M. Barruel a rendu témoin de ses essais, fait observer que ce chimiste a le sens de l'odorat très-développé.

SECTION DE MÉDECINE. — *Séance du* 11 *août*. — TRAITEMENT DE LA PHTHISIE PULMONAIRE PAR LE CHLORE. — M. Desportes fait un rapport sur une observation de phthisie pulmonaire guérie au moyen des inspirations de chlore gazeux, par M. le D.r Cottereau, agrégé à la Faculté de Médecine de Paris. Le sujet de cette observation est un jeune étudiant en médecine, âgé de vingt-six ans, d'une santé délicate, chez lequel tous les symptômes de l'affection tuberculeuse des poumons furent observés à un très-haut degré d'intensité. Le malade était dans un état effrayant de faiblesse et de consomption, et son état semblait tout-à-fait désespéré, lorsque M. Cottereau lui administra le chlore gazeux, à l'aide d'un appareil de l'invention de ce médecin. L'influence de ce traitement a été prompte et le jeune homme a recouvré une santé parfaite qui n'a pas subi la moindre

altération depuis *quatre mois* bientôt, quoiqu'il se soit livré à des études continuelles, et plusieurs fois à des courses botaniques de sept à huit lieues, faites à pied dans un seul jour. Suivant le rapporteur, le traitement par le chlore a exercé une influence avantageuse sur le malade de M. Cottereau, et il annonce qu'il a également obtenu les mêmes effets de l'application de cet agent. Il regrette que l'auteur ne soit pas entré dans de plus grands détails sur l'action du chlore; pour lui, il dit avoir observé les symptômes suivans à la suite de son administration : irritation de la membrane muqueuse du pharynx et des bronches qui se propage à la poitrine, expectoration abondante de crachats, toux sèche et fatigante, coloration des pommettes, peau chaude, pouls fréquent. Les vapeurs du chlore peuvent donner lieu à la suffocation, mais en prenant quelques précautions on peut très-facilement se mettre à l'abri de tous les accidens. M. le rapporteur conclut : 1.° A ce que l'Académie adresse des remercîmens à M. Cottereau; 2.° à engager ce praticien à continuer ses essais, et surtout à faire des expériences sur les animaux sains ou malades, afin de constater les effets du chlore; 3.° à l'inviter à communiquer à l'Académie les résultats bons ou mauvais qu'il aura obtenus. — M. Honoré raconte, à cette occasion, l'histoire d'une jeune dame, atteinte de phthisie pulmonaire, qu'il a traitée par ce moyen dans le courant de l'hiver dernier, sans avoir arrêté la marche funeste de la maladie. — M. Coutanceau annonce que le chimiste Gannal a fait, au Val-de-Grâce, des essais de ce genre qui n'ont jamais eu de succès. — MM. Moreau et Mérat citent des cas où le chlore administré en trop grande quantité a fait beaucoup de mal aux malades. — M. Rullier, qui a voulu administrer ce médicament dans son hôpital, n'en a pas encore obtenu de résultats avantageux. — L'Académie décide qu'il sera adressé des remercîmens à M. Cottereau.

Maladies des sinus veineux de la dure-mère. — M. le professeur Cruveilhier fait un rapport sur un mémoire de M. Tonnelé, relatif aux *Maladies des sinus veineux de la dure-mère*, et dont il a déjà été fait mention, p. 455, 610 et 613 du t. XIX des *Arch. gén.* En raison de l'importance du sujet, M. le rapporteur entre dans de grands développemens, et rend compte de plusieurs expériences qu'il a faites sur les animaux. Il termine en disant que le travail de M. Tonnelé mérite les éloges et les encouragemens de l'Académie, et promet un médecin distingué; il propose de donner à M. Tonnelé le titre de membre correspondant, immédiatement après sa réception doctorale.

Séance du 25 août. — Chlore dans la phthisie. — Le sécretaire lit une lettre de M. le docteur Cottereau, par laquelle ce médecin se

plaint du rapport fait par M. Desportes sur un cas de phthisie pulmonaire guérie par le chlore, dans lequel rapport on aurait décrit peu exactement l'état présent du jeune homme qui fait le sujet de l'observation. M. Cottereau se plaint également d'une communication faite par M. Honoré à l'occasion de ce rapport. Ce dernier prend la parole et déclare que la *Lancette* n'a pas rendu un compte exact des explications qu'il a données.

ALTÉRATION SINGULIÈRE DE L'ESTOMAC, ET PRODUCTION DE CORPS HYDATIFORMES.—M. Capuron, fait en son nom et à celui de MM. H. Cloquet et Ollivier, un rapport sur un mémoire de M. le docteur Broqua, médecin à Mirande (Gers), relatif à une maladie occasionnée par des hydatides que l'on croit appartenir à un genre nouveau. Le sujet de cette observation est une dame d'une constitution robuste, qui, arrivée à sa cinquante-neuvième année, avait été tourmentée, pendant quarante-sept ans, par une affection singulière qui revenait par accès et dont voici la description succinte. Chaque accès préludait par un malaise général auquel succédait bientôt une sensation insolite, qui, partant des pieds, s'élevait avec rapidité le long des jambes, des cuisses, de l'abdomen et de la poitrine, jusqu'à la tête où elle produisait le larmoyement, la rougeur du visage et un léger vertige. Immédiatement après, ascension dans la bouche d'un liquide incolore, un peu visqueux et insipide, que la malade crachait de suite et dont elle évaluait la quantité à une cuillerée à café environ : ce liquide n'était d'ailleurs jamais mêlé d'alimens Les accès ne duraient pas plus de deux ou trois minutes, et revenaient irrégulièrement, tantôt une, deux ou trois par jour, tantôt une fois par semaine ou par mois, ou même tous les deux mois, et cela sans avoir aucune influence sur l'appétit ou la santé générale : au mois d'avril 1828, cette dame commença à ressentir de la fièvre, à perdre son embonpoint et sa fraîcheur et à se plaindre d'une douleur profonde et continuelle à l'épigastre. Traitée pour une gastrite, elle se trouva mieux d'abord, puis retomba à la suite d'un écart de régime ; elle eut alors recours au magnétisme qui ne la soulagea point, et enfin elle prit, dans l'espace de dix jours, cinq purgatifs qui produisirent de violentes coliques, des hémorrhagies intestinales et des vomissemens de petits corps analogues à des hydatides. Le mal s'aggrava dans le courant d'août, et la malade rendit de nouveau par la bouche trente petits corps, mais tout différens des premiers, et qui n'étaient autre chose que des mousserons entiers ou divisés *qu'elle avait mangés*, dit M. Broqua, *quatre mois auparavant dans un omelette.* Un peu plus tard, elle rendit par le vomissement et par les selles, du pus et des débris de membranes ; cet état persista jusqu'au 27 du même mois, époque à laquelle elle succomba en conservant toute l'intégrité de ses facultés intellectuelles.

A l'ouverture du corps, on trouva les organes dans l'état suivant: le péritoine contenait deux pintes de sérosité; l'estomac, descendu très-bas, présentait le double de sa capacité ordinaire, et adhérait, par sa petite courbure, supérieurement et antérieurement avec le lobe moyen du foie et avec la vésicule, postérieurement avec le milieu du pancréas; pas un vestige d'épiploon gastro-hépatique; rappetissement et amincissement de l'épiploon gastro-colique; état normal de la rate et du grand cul-de-sac de l'estomac. Ce dernier organe dont les parois étaient sillonnées de vaisseaux fortement injectés, contenait une pinte environ d'un liquide brun foncé, et présentait, vis-à-vis et au-dessous de sa petite courbure, l'ouverture d'une cavité de quatre pouces de diamètre en tous sens et qui s'étendait depuis un pouce au-dessous du cardia jusqu'à un demi pouce au-dessus du pylore, en occupant une portion des faces antérieure et postérieure de ce viscère: les bords de cette ouverture, inégalement découpés, avaient, ainsi que la paroi supérieure, six lignes d'épaisseur; la surface en était grisâtre et mamelonnée, le tissu était ferme et lardacé; la paroi inférieure avait été détruite par la suppuration. Dans cette grande cavité s'ouvraient quatre poches plus petites, trois en avant, et une en arrière de l'estomac: la vésicule du fiel et la partie du foie qui l'avoisine avaient contracté des adhérences avec cet organe; les parois de la vésicule présentaient une épaisseur de deux lignes, et le lobe moyen du foie était squirrheux et parsemé, jusqu'à la moitié de son épaisseur, de tubercules suppurés. Des plaques nombreuses, les unes rouges, les autres d'un gris ardoisé, occupaient le jéjunum; l'iléon et le gros intestin en présentaient quelques-unes de couleur plus ou moins foncée. Tous les autres organes étaient sains. Les petits corps hydatiformes conservés dans l'alcool et quelques autres desséchés sur du papier, que M. le docteur Broqua a joints à son mémoire, ont été examinés par la commission, et de plus par MM. Duméril et de Blainville, qui s'accordent tous à penser contre l'opinion de l'auteur, que ce ne sont point des hydatides parce qu'on n'y peut reconnaître aucune trace d'organisation. Cependant le rapporteur propose de déposer ce mémoire aux archives, de remercier M. Broqua de sa communication et de le porter au nombre des candidats aux places de correspondans. Ce rapport et les conclusions sont adoptés.

Maladie épidémique de Mirecourt. — M. Collineau fait, en son nom et à celui de M. Allard, un rapport sur une maladie épidémique qui a régné, en 1827, dans l'arrondissement de Mirecourt (Vosges), et sur laquelle un mémoire de M. Mergaut a été adressé au préfet de ce département. Cette épidémie, qui s'est étendue aux communes de Dombasle, de Rouvres, de Mattaincourt et d'Ailleville, a été, pour les trois premières, une gastro-entérite, et pour la quatrième, une

pleurésie bilieuse analogue à celle dont Stoll a donné la description. Le traitement anti-phlogistique a réussi dans la première maladie; la seconde, au contraire, devenait mortelle par la saignée; elle exigeait d'abord l'émétique, puis des boissons mucilagineuses, et des sels purgatifs vers la fin. Du reste, aucune ouverture cadavérique n'a confirmé le diagnostic de M. Mergaut, quoiqu'il y ait eu un certain nombre de décès. Le rapporteur pense que cette maladie n'est autre qu'une dothinentérie, parce que la maladie a paru se communiquer par le rapprochement des individus, et conséquemment d'une manière contagieuse. Le dépôt de ce mémoire dans les archives est proposé et adopté après une légère discussion sur les nomenclatures médicales.

Angine plastique et croup. — M. Bourgeois termine la lecture de son mémoire intitulé: *Précis comparatif de l'angine plastique et du croup*. Il signale, comme point essentiel du diagnostic de la première de ces deux maladies, son extension aux parties inférieures, c'est-à-dire, à la continuité des voies alimentaires et aériennes, et il regarde cette extension comme inhérente le plus ordinairement à la marche de la maladie; delà résultent trois groupes de symptômes dont il donne une exacte description: il fait remarquer la similitude qui existe entre le croup et l'angine plastique, lorsque cette dernière a envahi le larynx ou la trachée, et cette similitude le frappe même tellement qu'il se demande si ces deux affections ne sont pas une seule et même maladie modifiée en raison du siége qu'elle occupe, et cette opinion lui paraît offrir les probabilités les plus grandes; cependant il pense que c'est par une erreur de diagnostic qu'on attribue à la présence des fausses membranes un grand nombre d'affections sporadiques prétendues croupales, et que c'est à l'angine gutturale plastique proprement dite que l'on doit rapporter les maux de gorge dits *gangréneux*, ainsi que la maladie décrite par François Home sous le nom de *croup*, et celle dont, vingt-cinq ans auparavant, son compatriote Fothergill avait tracé l'histoire sous le titre de *description d'un mal de gorge accompagné d'ulcères*; seulement, dans la maladie indiquée par Home, l'angine plastique s'était étendue aux voies aériennes, tandis que dans celle de Fothergill elle avait envahi le conduit alimentaire. = Après cette lecture, il s'élève une discussion sur la propriété contagieuse ou non de l'angine plastique qui a regné à l'établissement de Saint-Denis. M. Bourgeois déclare que la contagion n'a pas eu lieu, puisque aucune des personnes qui ont eu des communications avec les malades n'en ont été atteintes.

Section de chirurgie. — *Séance du 13 août*. — Torsion des artères. — M. Ségalas écrit à la section pour lui rappeler que, dans la première séance où il fut question de la torsion des artères, il avait dit que cette opération n'était pas nouvelle, et que, depuis plu-

sieurs années, il la mettait en pratique dans ses expériences sur les animaux vivans. Il cite, dans sa lettre, un passage de Galien qu prouve que ce médecin tordait les artères pour arrêter quelques hémorrhagies; ce passage est ainsi conçu : *Quinimò, si vas undè profluit altè sit demissum, certiùs ipsius tùm positum intelligat, tùm etiam magnitudinem, prætereà venane sit an arteria; post hæc, injecto unco, attollat ac modicè intorqueat.* — M. Amussat répond que M. Ségalas n'a point tordu les artères, qu'il les a arrachées, et qu'il n'y a point de parité entre le procédé qu'il propose et ce qui est arrivé à ce médecin. — M. Lisfranc dit que la torsion n'est point nouvelle, qu'elle est seulement un procédé tombé en désuétude et renouvelé. — M. Amussat déclare qu'il réclame uniquement la priorité moderne.

Rétrécissement de l'urètre. — M. Amussat entretient la section de deux malades affectés de rétrécissement de l'urètre. Chez l'un d'eux il existait des fistules au périnée, et il était impossible d'introduire dans le canal les bougies les plus fines. Il a dilaté ce canal à l'aide des injections forcées : au bout de quelque temps de leur emploi, elles se sont fait issue par les fistules; mais il remédia à cet inconvénient en bouchant avec le doigt ces ouvertures. Il est enfin parvenu à faire pénétrer dans la vessie une bougie très-fine; mais le malade l'ayant ôtée trop tôt, il devint impossible de la réintroduire : alors il eut de nouveau recours aux mêmes injections, et la bougie fut replacée. Depuis ce temps, le calibre de cet instrument a été augmenté graduellement, et plusieurs scarifications ont été faites sur les brides à l'aide du scarificateur qui a été présenté à la section dans la dernière séance; aujourd'hui les fistules sont oblitérées, le malade porte à demeure des sondes du n.° 10 ou 11, et, en un mot, se trouve dans un état très-satisfaisant.

Le second sujet avait, dans le principe, employé la dilatation contre les rétrécissemens dont il était affecté; il fut ensuite cautérisé, et cette seconde opération détermina dans l'urètre une espèce de virole cartilagineuse facile à sentir à l'extérieur, dans une étendue d'un travers de doigt. De petites sondes pouvaient bien pénétrer dans la vessie; mais dès que le malade en cessait l'usage, même pendant le court espace d'une demi-journée, le rétrécissement devenait tel qu'elles ne pouvaient plus être introduites. M. Amussat, au moyen de son scarificateur, divisa la bride cartilagineuse, et, malgré l'inflammation violente qui en est résultée, le malade est aujourd'hui dans un état satisfaisant, et peut porter dans sa vessie des sondes d'un assez fort calibre.

Instrumens lithotriteurs. — M. Hervez de Chégoin fait un rapport sur les instrumens lithotriteurs de M. Choquet, qui ne présen-

tent rien d'assez intéressant pour que nous entrions dans aucun détail à leur sujet. — A cette occasion, M. Amussat dit qu'il se sert d'un foret creux qui lui permet de faire des injections dans la vessie, dans tous les temps de l'opération, sans déranger l'appareil.

Hernies étranglées. — M. Hervez de Chégoin annonce qu'il a fait récemment quatre opérations de hernies étranglées sur des femmes, dont la quatrième seulement a présenté des particularités dignes d'être citées. En réduisant l'intestin, l'opérateur, s'apercevant qu'il était ouvert dans une étendue de trois ou quatre lignes, passa une ligature dans le mésentère pour retenir l'anse intestinale au niveau de la plaie extérieure, quoiqu'il eût bien alors présentes à l'esprit les autres méthodes proposées récemment dans les cas de plaies intestinales. L'inflammation excessive fut combattue avec succès par d'abondantes saignées locales et générales; la ligature fut ôtée le cinquième jour, et il établit un anus contre-nature qui, à l'aide d'une compression méthodiquement appliquée, fut presque complètement fermé au bout de six semaines.

Taille latéralisée, abcès et phlébite succédant a l'opération. — Le même membre donne lecture de l'observation d'un malade sur lequel il a pratiqué la taille latéralisée. Le 6.e jour, ce malade se plaignit douleur profonde à la partie moyenne de la jambe gauche, en dedans du tibia; on reconnut dans ce point un peu de tuméfaction. Malgré l'application de cataplasmes émolliens, le gonflement s'étendit à tout le membre, et la douleur augmenta considérablement pendant les deux jours suivans. Le onzième jour, on crut reconnaître une suppuration profonde. Le douzième jour, le pouls s'éleva à 110 pulsations; la jambe droite présenta les mêmes symptômes que l'autre, et on y sentit un point dur; enfin, le malade succomba le quinzième jour. A l'autopsie, on trouva une cuillerée à café de pus roussâtre au-dessous de l'aponévrose qui unit le bord interne du muscle soléaire au tibia; on le suivit jusqu'à la veine tibiale postérieure qui l'avait fourni et qui en contenait encore de semblable. Ce vaisseau était épaissi; sa tunique interne était à peine rouge, et, à quelques pouces au-dessus de ce point, il était rempli de caillots de différentes densités. La veine saphène interne était saine; la crurale était remplie de sang coagulé offrant des aspects différens. Il était partout facile de séparer ces caillots de la membrane interne du vaisseau qui présentait une couleur pâle. La vessie n'était le siége d'aucune lésion, mais la prostate était volumineuse, et ses lobes faisaient plus de saillie en haut et sur les côtés qu'inférieurement : ce n'était pas dans son épaisseur que l'abcès avait son siége, mais bien au-dessous d'elle et en avant, entre la fin du canal de l'urètre, le

col de la vessie et la paroi antérieure du rectum. Le foyer purulent avait près de deux pouces de diamètre. Le tissu cellulaire du petit bassin n'offrait aucune trace de suppuration; les bassinets contenaient une mucosité rougeâtre; enfin, les reins étaient mous et contenaient beaucoup de graisse.

POLYPE UTÉRIN. — M. Lisfranc cite l'observation d'une femme qui, entrée à l'hôpital pour une maladie du col de l'utérus avec hypertrophie, végétations, excoriations, etc., était presque guérie, lorsque les règles survinrent avec abondance et persistèrent pendant quinze jours. Il explora alors les parties affectées, et reconnut l'existence d'un polype sur la face interne du bord postérieur du col utérin. La membrane qui recouvrait cette excroissance fut incisée tout autour, et l'opérateur détacha la tumeur avec ses doigts jusqu'à la partie inférieure, point où elle se trouvait adhérente par un tissu membraneux dont la division fut faite sans difficulté.

ONGLE INCARNÉ. — Le même membre annonce que, dans les cas d'ongle incarné qui nécessitent l'extirpation, il enlève l'ongle malade en entier et d'un seul coup de bistouri, avec une légère couche des chairs sous-jacentes qui lui servent de matrice. — M. Larrey dit qu'il fend l'ongle dans son tiers externe avec de forts ciseaux; il enlève ensuite cette portion avec les tégumens qui l'incarcèrent, et cautérise avec un fer rouge pour en empêcher la reproduction. — M. Lisfranc dit avoir renoncé à la cautérisation dans la crainte qu'elle n'aille trop loin. — Suivant M. Hervez, on peut, dans le plus grand nombre des cas, parvenir à introduire des brins de charpie entre l'ongle et les chairs, et prévenir ainsi l'extirpation. — M. Amussat n'emploie l'extirpation dans aucun cas; il se contente d'enlever les chairs qui recouvrent l'ongle, et il place ensuite au-dessous de lui une bandelette de charpie qu'il ramène sous l'autre orteil; il assure que ce procédé lui a constamment réussi.

Séance du 27 août. — AMPUTATION PARTIELLE DU PIED. — M. le docteur Maingault, après quelques considérations générales sur la chirurgie et la médecine opératoire, examine les méthodes de Chopart et de M. Lisfranc pour l'amputation partielle du pied; il fait observer que l'état des parties rend souvent impossible l'application de ces méthodes, et que c'est ce qui l'a engagé à chercher de nouveaux procédés. Ceux qu'il a imaginés consistent: 1.° à attaquer d'abord la région plantaire, en commençant par où finissent Chopart et M. Lisfranc; 2.° à couper d'abord les forts ligamens de la région plantaire; 3.° enfin, à désarticuler, pour terminer l'opération, de la région plantaire à la région dorsale. Il annonce qu'il fera connaître en détail ses procédés lors de la publication très-prochaine de la seconde livraison de son *grand ouvrage* sur les amputations : il dé-

clare ne faire cette communication que pour s'assurer la priorité.

TAILLE HYPOGASTRIQUE. — M. le docteur Hervez de Chégoin lit, en son nom et à celui de M. Murat, un rapport sur un nouveau procédé pour la taille hypogastrique proposée par M. Tanchou. Après quelques considérations générales sur l'emploi des instrumens très-composés, proposés pour la pratique des opérations chirurgicales, instrumens que vante M. Tanchou, et que blâment, au contraire, les commissaires, le rapporteur passe à la description de celui qu'a imaginé l'auteur du mémoire. Il consiste en une lame triangulaire, plate, longue de cinq à six lignes, portant une arète sur chaque face; c'est une espèce de trocart aplati, qui s'échappe d'une gaine dans laquelle il rentre à volonté; cette gaîne, en argent, est brisée à un pouce de son extrémité, et peut, à l'aide d'un ressort, se courber à angle droit. Quand la vessie, distendue préalablement par une injection, a été mise à nu, l'instrument, conduit sur le doigt indicateur, est porté dans sa cavité; mais aussitôt qu'il y a pénétré, on fait rentrer le trocart dans sa gaîne, et celle-ci, en se recourbant, forme un crochet suspenseur qui soutient la vessie et donne le moyen de maintenir le parallélisme, si essentiel à conserver entre les différens tissus divisés : tel est le but principal de cet instrument. Le reste de l'opération n'offre rien de remarquable, si ce n'est que M. Tanchou se sert d'un bistouri convexe pour arriver jusqu'au péritoine, mais les commissaires disent qu'ils préfèrent le procédé ordinaire, c'est-à-dire l'emploi de la sonde et du bistouri boutonné. M. Tanchou s'est attaché à éloigner les causes qui peuvent favoriser l'infiltration d'urine à la suite de l'opération. Il a voulu aussi, dans le cas où cet accident arriverait, le rendre le moins redoutable possible; à cet effet, il suspend au-dessus de la plaie de l'hypogastre un vase en forme d'entonnoir contenant de l'eau pure, et ce liquide s'en écoule en suivant une mèche composée de deux ou trois fils de coton qui le conduit à travers la vessie dans une sonde placée dans le canal de l'urètre : de cette manière, l'urine perd une partie de son âcreté par son mélange avec l'eau, et, d'ailleurs, la mèche dont il vient d'être question lui sert d'une sorte de filtre qui la transmet à l'extérieur. Pour passer les fils de coton du bec de l'entonnoir dans la sonde, on emploie un stilet contenu dans cette dernière; lequel, poussé de bas en haut, vient faire saillie au-dessus du pubis : le bout de la mèche y est alors fixé, et, en retirant le stilet, on l'entraîne au dehors. MM. les commissaires, en laissant au temps le soin de prononcer sur l'utilité des modifications proposées par M. Tanchou, engagent l'Académie à encourager ces essais. Ils terminent en rapportant l'observation d'une opération de taille hypogastrique pratiquée à la Charité-sur-Loire par M. Mathieu, qui, après avoir extrait

un calcul entouré de toutes parts d'une végétation fongueuse déjà en suppuration, a placé dans la plaie de la vessie une mèche de coton au travers de laquelle l'urine filtra pendant vingt jours; à cette époque, le cours de ce liquide revint à son état normal, et trente-six jours après l'opération, le malade était parfaitement guéri.

SECTION DE PHARMACIE. — *Séance du 8 août.* — CHLORURES D'OXIDES. — M. Recluz, pharmacien à Vaugirard, annonce qu'il a obtenu les plus heureux effets de l'emploi du chlorure de chaux liquide pour la désinfection des poulaillers; il attribue à la décomposition très-avancée des fumiers l'épizootie meurtrière qui a régné sur les poules. Il annonce en même temps que M. le docteur Mene, de Vaugirard, s'est servi avec beaucoup d'avantages de la même substance contre les ulcères syphilitiques.

NOUVEAU JALAP. — M. Chevallier lit une lettre de M. Ledanois, pharmacien français qui parcourt en ce moment le Mexique. Cette lettre, datée d'Orizava, contient l'annonce d'une nouvelle sorte de jalap, connue sous le nom de jalap mâle, qui est très-répandue dans le pays, et jouit de propriétés purgatives très-marquées. La plante qui la fournit est à tige grimpante; elle est très-velue et a des feuilles de couleur vert pâle, tandis que celles du jalap ordinaire sont lisses et d'un beau vert; la racine est fibreuse, filiforme, et, chez quelques individus, longue d'une vingtaine de pouces. M. Ledanois se propose de vérifier si ce jalap appartient au genre *convolvulus*, ou n'est pas plutôt un *hypomœa*, comme le pensent certains botanistes. Voici l'analyse chimique de mille parties de cette racine faite par M. Ledanois : résine 80, extrait gommeux 256, amidon 32, albumine végétale 34, ligneux 580, perte 28. La racine incinérée a donné des muriates et des carbonates de chaux, de potasse et de magnésie, avec quelques autres traces de fer.

Séance du 22 août. — POISONS. — M. Chevallier annonce qu'un M. Chabert a fait publiquement à Londres des expériences qui tendraient à prouver qu'il peut avaler impunément jusqu'à quarante grains de phosphore et d'autres substances aussi énergiques, et qu'il peut également respirer, sans en être incommodé, une grande quantité d'arsénic en vapeurs. Ces faits paraissant fort suspects, la section invite M. Chevallier à s'enquérir de leur véracité. M. Virey rappelle, à cette occasion, les expériences de M. Donné sur la neutralisation de la strychnine et de quelques autres alcaloïdes vénéneux par le chlore, le brôme et l'iode.

POUDRE ANTI-PYRÉTIQUE DE PERETTI. — M. Monti, pharmacien à Rome, adresse à l'Académie une lettre relative à la poudre anti-pyrétique, préparée avec le quinquina par M. Peretti, professeur de chimie. Cette poudre est préparée de la manière suivante : on fait

bouillir du quinquina Carthagène concassé, dans une eau aiguisée par l'acide hydro-chlorique; on filtre le décoctum à froid, et on précipite par la potasse caustique les principes du quinquina restés en dissolution : le précipité, séché et pulvérisé, contient, outre la quinine et la cinchonine, la majeure partie des autres principes actifs du quinquina, sans lesquels le sulfate de quinine reste inefficace en plusieurs circonstances. M. Monti, qui présente d'abord plusieurs remarques contre cette préparation, termine en disant qu'il est bien préférable de se servir d'un médicament toujours identique, comme le sulfate de quinine.

Sangsues. — M. Kéraudren adresse à la section des sangsues envoyées du Sénégal dans la terre glaise humide.

Sur l'emploi du deuto-sulfate de cuivre dans la fabrication du pain. — Le ministre de l'intérieur transmet des considérations chimiques de M. Desheims, pharmacien à Saint-Omer, sur l'emploi du deuto-sulfate de cuivre dans la panification. M. Deyeux pense que des moisissures vertes, développées dans des fentes de vieux pain, ont été considérées à tort comme des traces d'oxyde de cuivre. M. Sérullas rappelle que les expériences de M. Barruel ayant démontré que l'addition du sulfate de cuivre empêche la pâte de lever et rend le pain plus noir, on peut douter que cette pratique soit réellement employée. M. Chevallier cite des faits positifs et qui ne laissent aucun doute à cet égard. M. Caventou tient de M. Auguste Damart de Saint-Omer, que des boulangers sont convenus de cette fraude; ils dissolvent une once de sulfate de cuivre dans un litre d'eau qu'ils incorporent dans un quintal de pâte; suivant eux, ce sel rend la fermentation plus facile, et leur épargne l'achat de la levure.

Hydrochlorate de soude impur. — M. Planche communique à l'Académie les recherches de M. Comméný, pharmacien à Reims, sur un sel impur répandu dans quelques communes du département de la Marne. Il résulte de cet examen, que ce sel contient un brômure de potasse et de l'iode en quantités indéterminées.

Calcul xantique. — M. Laugier donne lecture d'un essai chimique sur un calcul de l'espèce nommée *xantique* ou fauve. Il rappelle d'abord que Marcel (Alexandre) a reconnu le premier cette espèce de calcul. Traité par les alcalis, il se dissout comme *l'oxide cystique*, mais en se dissolvant à chaud dans l'acide nitrique, il ne donne pas le résidu rouge purpurin que donne l'oxyde cystique, mais bien une matière jaune citron qui forme le caractère spécifique. Ce calcul, très-petit, ne pesait qu'un centigramme; l'auteur fait observer que c'est la première fois qu'on le trouve depuis la découverte du chimiste anglais.

EAU IODÉE. — M. Caventou désirant connaître le mode de préparation de l'eau iodée, dont M. le docteur Lugol a proposé l'emploi en lotion contre les scrofules, M. Henry père lui répond qu'on suit, à la pharmacie centrale des hôpitaux, la formule suivante. Pr. iode pur, un grain; sel marin, douze grains; triturez l'iode dans un gramme d'alcohol pour faciliter sa dissolution, et ajoutez : eau pure, une livre.

VARIÉTÉS.

— M. Pelletan a terminé, dans les derniers jours de ce mois, sa longue carrière. Il était âgé de 83 ans. Nous consacrerons, dans quelqu'un de nos prochains Numéros, une notice à ce professeur qui a joui long-temps d'une grande célébrité.

— L'Académie royale de Médecine a, dans sa séance extraordinaire du 29 de ce mois, entendu la lecture du rapport de la nouvelle commission qu'elle avait nommée pour répondre aux questions adressées par le tribunal de Domfront, sur un cas de mutilation d'un enfant par un accoucheur, le D.r Helie. Le rapport a été adopté sans opposition. Lorsque cette malheureuse affaire sera terminée, nous examinerons la marche étrange suivie dans cette affaire par l'Académie, ainsi que les doctrines développées par le rapporteur et sanctionnées par ce corps savant. Nous examinerons surtout la justice et la moralité d'une imputation faite à la sage-femme qui n'en peut mais, pour décharger le D.r Helie qu'on pouvait excuser autrement.

BIBLIOGRAPHIE.

De l'anatomie pathologique considérée dans ses vrais rapports avec la science des maladies; par F. RIBES, *D. M., agrégé de la Faculté de Médecine de Montpellier. Paris, chez Baillière; Montpellier, chez Sevalle.* 1828, *in-8.° Tome I.er* 42-432 *pp.*

> Ce n'est plus le moment de proclamer les avantages de l'anatomie pathologique, personne ne les conteste : aujourd'hui le vrai moyen d'être utile serait d'indiquer la philosophie qu'on doit apporter dans ses recherches. LORDAT.

Avant de chercher à donner une idée de cet ouvrage, nous devons un avis aux lecteurs : c'est de ne point se méprendre au titre que

nous venons de transcrire, et de ne pas s'attendre à trouver ici l'extrait d'un traité d'*anatomie pathologique*. Ce n'est point un livre de cette espèce qu'a voulu faire M. Ribes; ce n'est pas non plus précisément ce que promet le titre de l'ouvrage, si l'on veut y regarder de près; mais à coup sûr on y regarderait long-temps avant de deviner quel en est le véritable objet. Sous une enseigne où il y a plus de modestie peut-être qu'on n'a eu l'intention d'y en mettre, l'auteur traite des difficultés de la connaissance du siége et de la nature des maladies, et en particulier de l'insuffisance, de l'incertitude et des inconvéniens des recherches faites sur le cadavre.

La longue préface par laquelle s'ouvre le volume est une apologie chaleureuse de l'École, et surtout de quelques professeurs de Montpellier Montpellier n'est pas seulement en possession depuis plusieurs siècles de la philosophie médicale (p. 3.), sa *Doctrine des causes actives*, qui embrasse tous les faits et met à profit tous les systèmes, lui assure le privilège exclusif d'éclairer la pathologie par la physiologie, et de fonder une thérapeutique rationnelle et expérimentale à-la fois (*ibid.*) C'est là qu'on prononce en dernier ressort sur les idées nouvelles, où les opinions rajeunies dans les livres des contemporains. Là se débattent sans cesse les intérêts de la médecine des affections vitales et de celle qui se traîne perpétuellement sur les lésions des organes et des tissus. Là se reproduit, sous des aspects divers, le problême important que se propose l'anatomie pathologique, le véritable esprit dans lequel elle doit être conçue (p. 4). Et ce n'est pas seulement dans la philosophie de cette science que brillent les successeurs de Barthez et de Grimaud, ils ont payé leur tribut à l'anatomie pratique. Il est vrai que, *grâce au coup-d'œil qui leur est propre*, ils voient à leur véritable place et dans leurs vrais rapports les différentes parties de l'art de guérir, et n'ont pas dû s'abandonner au goût des nécropsies avec l'ardeur qu'on y porte dans d'autres lieux. Aussi n'a-t-on pas manqué de les accuser de dédaigner la culture de l'anatomie pathologique. Mais ne s'aperçoit-on pas que l'on contribue plus peut-être aux progrès de cette branche de la médecine en s'appliquant, comme eux, à ramener les esprits à la saine appréciation des faits, qu'en ajoutant un fait nouveau ou la description minutieuse d'une altération aux descriptions dont on ne cesse de la surcharger (p. 6).

Les médecins de Paris font, à côté de ceux de la moderne Cos, une bien triste figure. Dépourvus d'érudition, pressés de jouir au plus tôt des fruits de la réputation, ne s'inquiétant pas du passé et ne s'informant guère s'il existe ailleurs des doctrines, pour eux l'art n'est ni long ni difficile. Les idées de la veille sont à peine accueillies le lendemain; le talent consiste surtout à s'accommoder à celles qui ont

la faveur du jour (p. 9). Une grande classe de médecins organiciens qui écrivent sans relâche répètent à tout propos que la médecine est à refaire, que toute idée générale est une folie, qu'il ne faut jamais aller au-delà des objets qui tombent sous les sens, que la science est toute entière dans les observations (p. 10). Ils ont frappé d'anathême ceux qui raisonnent pour parvenir à des vues générales, à une doctrine; et cependant un grand nombre de leurs ouvrages n'a pour but que d'en établir une, trop souvent préconçue. Animés d'un tout autre objet que l'intérêt de la vérité, ils ont soin de ne choisir, parmi les observations qu'ils connaissent, que celles qui appuient l'opinion qu'ils veulent accréditer, et rejettent les autres comme fausses (p. 11). Quant à la manière dont ils pratiquent l'anatomie pathologique, on peut dire que la plupart le font sans discernement, et qu'il n'en est qu'un très-petit nombre qui y apportent la sagacité et la réserve convenables. De quelque nature que soient leurs travaux, l'idée mère et prédominante est que les maladies ne sauraient être envisagées que comme des dégradations des organes, des tissus ou systèmes d'organes; le mépris des principes d'action et causes vitales y est hautement avoué. Le matérialisme physiologique ou médical y règne dans toute sa force. Au reste, il est facile de se rendre raison de la tournure particulière et de la portée de l'esprit médical *de ces hommes*. Livrés d'abord à l'étude de la physique, de la chimie, de l'histoire naturelle et de l'anatomie comparée, sciences à la portée des esprits les plus vulgaires, adonnés ensuite à l'anatomie humaine et à la chirurgie, puis suivant avec assiduité les établissemens cliniques dans lesquels les maladies se succèdent, si rapides et si nombreuses, *cette classe d'hommes* passent leur vie à exercer l'œil et la main. Tout est pour eux travail des sens dans l'étude de la médecine. Qu'y a-t-il d'étonnant après cela si les théories qui paraissent *larges* aux médecins de Paris, dont la force de tête et l'habitude d'abstraire est bornée, sont bien étroites au jugement de ceux de Montpellier, que leurs habitudes et leur éducation philosophique placent dans des conditions toutes différentes (p. 12-23).

Après tout, les médecins de Paris peuvent être de quelque utilité, et l'on doit encourager leur zèle. « Ceux (leurs confrères du midi) que la nature a doués de ce regard étendu qui, planant sur taut d'observations entassées pêle-mêle, a la faculté de distinguer l'ordre de liaison qui les unit, nous diront comment il faut les coordonner en système, tenir le fil au moyen duquel on remonte d'un fait à celui qui précède, et ainsi successivement jusqu'au premier. » Voilà précisément ce que va faire M. Ribes. « Prenant, dit-il, l'observation pour point de départ, au lieu de raconter seulement et de classer des faits, je vais essayer de *raisonner sur eux*. » Heureux Parisiens,

Broussais, Rostan, Andral, Bouillaud, etc., etc., vous que l'exercice habituel de vos sens a rendu d'habiles observateurs, mais qui n'avez pas eu sans doute le temps de devenir philosophes comme on l'est dans une autre école, réjouissez-vous, un sectateur de la *doctrine des causes actives*, un anatomiste qui n'a pas comme vous le tort de mettre en doute l'existence de *principes d'actions*, *de causes vitales*, étrangers et surajoutés à l'organisation, un de ces généralisateurs que la nature a doués d'un regard étendu, M. Ribes va raisonner sur les faits que vous avez recueillis, et en faire sortir, pour votre usage, une foule de vérités que vous n'aviez pas même soupçonnées. Si vous craignez de ne pouvoir suivre des yeux le vol hardi du philosophe, rassurez-vous, il connaît vos *habitudes*, et saura se tenir à votre portée; il a pris soin d'en avertir. « On suppose, dit-il, qu'au lieu de me rapprocher de l'objet de mes études, je le considérerai à une telle hauteur que je créerai au gré de mon caprice une science de l'homme sain et malade..... Les détails dans lesquels on me verra descendre répondront à des imputations si souvent et si légèrement reproduites contre les médecins de Montpellier, par des personnes qui ne sentent pas toujours la valeur des mots théorie, abstraction, ontologie. »

En voilà assez sur la préface et sur l'*oultrecuidance* de l'auteur ; il est temps de passer au corps de l'ouvrage. Il est divisé en deux sections composées chacune de six chapitres, qui traitent de la recherche du siége des maladies, et envisagent cette question sous tous les rapports. Le premier chapitre consiste en des réflexions sur l'unité et l'autocratie du système vivant. La multiplicité, la diversité, l'indépendance des organes, des systèmes et des tissus, voilà ce dont on est frappé dans l'école organique; diviser et subdiviser sans cesse, séparer anatomiquement et physiologiquement, classer tissus et propriétés, facultés et fonctions de chaque fibre : voilà la science de l'homme depuis Bichat. Mais est-ce donc là la vraie manière dont le système vivant doit être compris? Ne reste-t-il rien de plus à faire après une analyse aussi scrupuleuse? Personne ne songera-t-il à recomposer l'homme et à l'étudier tel que la nature le livre à notre observation?..... Si l'anatomie et la physiologie prouvent qu'il est *multiple*, elles prouvent aussi qu'il est *un*. Quant à la question de l'indépendance ou de la dépendance où nous sommes des modificateurs : bien qu'il fasse partie du grand tout, l'homme a son existence propre. Les modificateurs externes sont indispensables à la vie sans en être les agens. A une action déterminée de leur part sur une partie isolée, l'organisme ne répond point par une réaction isolée et proportionnelle, l'économie tout entière en reçoit l'influence et prend part à l'effet qui la suit. Ainsi, de la comparaison des faits physiologiques et pathologiques les plus complets, il résulte non-seulement qu'une

fonction comme une maladie correspond à l'action d'un organe, d'un système d'organes ou au corps entier, mais encore que dans un phénomène local, simple, il faut reconnaître la participation ou primitive, ou consécutive de toute l'économie.

Il y a du vrai dans ces remarques, et quelque justice dans les reproches adressés à l'école anatomique. Mais le vrai n'est pas nouveau, et, pour être exagérés, les reproches deviennent injustes. On peut d'ailleurs reprendre dans ce chapitre, comme dans tout l'ouvrage, la prolixité des détails, la surabondance des preuves sur des points que presque personne ne conteste, et quelques opinions où nous ne trouvons pas la réserve que doit inspirer sans cesse la méthode qui ne peut faillir, la méthode de Montpellier. Telle est l'assertion suivante : l'homme est la réunion de deux êtres; et celle-ci : si des instrumens sont indispensables à la manifestation des actes physiologiques, si nous ne pouvons jamais apercevoir ceux-ci qu'à travers une enveloppe matérielle, il est pourtant des circonstances où la vie est dans une sorte d'indépendance de ces instrumens.

Le deuxième chapitre de la première section traite de la recherche du siége des maladies primitivement et essentiellement locales, des difficultés de cette recherche, et de l'insuffisance, non-seulement des investigations cadavériques, mais de tous nos moyens de diagnostic. Les assertions de l'auteur, quoique entachées d'une exagération évidente, reposent en général, plus ou moins, sur le rapprochement d'un grand nombre de faits; elles pourront contribuer à dissiper la dangereuse illusion de ceux qui croient que la science touche à la perfection, et n'a plus que peu de chose à découvrir. Il faut convenir néanmoins que l'ouvrage de M. Ribes serait plus propre à inspirer un sage scepticisme, si l'auteur n'était allé fort souvent jusqu'à vouloir fonder la science sur des exceptions. Si l'on peut lui faire ce reproche dans le chapitre même où il traite des cas sur lesquels nous possédons les connaissances les plus positives, on peut juger à quel point il l'a mérité à mesure qu'il a avancé dans l'étude des points plus obscurs de notre art. Nous ne pourrions, sans sortir entièrement des limites dans lesquelles nous devons nous renfermer, donner des exemples de sa manière de faire. Un plus grand nombre de lecteurs en auraient pris connaissance par eux-mêmes, si M. Ribes, évitant la prolixité, si commune dans les ouvrages sortis de l'école dont il est aujourd'hui professeur, eût réduit son *anatomie pathologique* à la moitié de son volume. Il aurait pu le faire sans que le fond de l'ouvrage y perdît rien.

P. **

Traité théorique et pratique de l'hydrocéphale aiguë, ou fièvre cérébrale des enfans; suivi d'une collection choisie d'observations et de la traduction de l'Essai de Robert Whytt sur cette maladie; par J. Bricheteau, *D. M. P. Paris*, 1829, *in-8.° Chez Béchet jeune.*

Cet ouvrage se compose d'abord d'une esquisse historique et bibliographique assez longue, quoique encore incomplète, des écrits qui ont été publiés jusqu'à ce jour sur l'hydrocéphale aiguë. En opposition avec Borsieri et M. Laennec, qui regardent Hippocrate comme nous ayant donné les premières notions sur cette maladie, M. B. soutient, avec la plupart des auteurs, que le passage invoqué en faveur de cette opinion est loin d'avoir le sens que ces médecins lui prêtent. Je ne me permettrai point de le contredire à cet égard, mais je ne puis m'empêcher de lui faire apercevoir que le conseil donné par Hippocrate, de perforer le crâne pour donner issue au liquide épanché, ne prouve nullement, comme il le pense, contre l'explication de Borsieri, puisque cette opération a été proposée et mise en usage dans l'hydrocéphale aiguë, après avoir été pratiquée avec succès dans l'hydrocéphale chronique (page 226). Dans le second chapitre, l'auteur traite successivement des prédispositions, des causes et de la fréquence relative de la fièvre cérébrale. On n'y trouve presque rien qui ne soit ailleurs et plus particulièrement dans l'ouvrage de M. Brachet sur la même maladie. Il disserte ensuite sur la nature et sur le siége de l'hydrocéphale aiguë, qui pour lui n'est qu'une hydropisie idiopathique du cerveau, et non pas une inflammation de cet organe ou de ses membranes, ainsi que le pensent beaucoup d'auteurs modernes.

Sans vouloir ici discuter cette opinion, encore litigieuse, nous examinerons tout-à-l'heure si les faits que M. B. regarde comme confirmatifs de celle qu'il émet sont réellement concluans à cet égard, et s'ils ne viennent pas plutôt à l'appui des idées de ses adversaires. L'invasion, la marche, le pronostic et les divers modes de terminaison, sont l'objet du quatrième chapitre, qui se trouve ainsi presque répété lors de la description générale de la maladie. Dans le chapitre suivant, l'auteur passe en revue les caractères anatomiques et les variétés de cette affection, en essayant de rattacher les symptômes observés pendant la vie aux lésions nécroscopiques. Tout ce qui a trait à l'anatomie pathologique nous a paru laisser beaucoup à désirer. Dans l'hydro-méningite, par exemple, M. B. dit qu'on voit quelquefois *nager du pus dans la sérosité*, il parle de la *dégénération folliculeuse et hydatique de la pie-mère*; suivant lui, *l'arachnoïde, dans l'endroit où elle forme la cloison inter-ventriculaire, est, dans certains cas, déjetée, rompue ou trouée en plusieurs endroits.* Il n'est pas exact de dire que le cerveau soit fréquemment hypertrophié dans

l'hydrocéphale aiguë : loin d'offrir, lorsqu'on le coupe, la sécheresse qui existe dans le cas d'hypertrophie, comme l'ont prouvé MM. Dance et Meriadec Laennec, le cerveau, dans la maladie qui nous occupe, offre le plus souvent une humidité remarquable, on le dirait œdématié, si je puis ainsi dire. M. B..... admet deux variétés de l'hydrocéphale aiguë, l'une, sous la dénomination d'*hydropisie aiguë simple des ventricules et autres parties de l'encéphale*, ayant son siége dans l'arachnoïde et le tissu cellulaire sous-arachnoïdien ; l'autre, sous le nom d'*hydro-méningite aiguë*, soit que cette variété dépende d'une irritation inflammatoire, soit qu'elle soit simplement compliquée de cette irritation. Il regarde cette seconde variété comme fort différente de l'autre, quand peut-être il eut été rationnel de ne voir là que deux degrés d'une même maladie, et, toutefois, il les englobe toutes les deux dans le même traitement, comme on le verra plus loin. Le chapitre sixième est consacré à la description générale : sans nous arrêter aux phénomènes précurseurs, dont quelques-uns, tels que les nausées, les vomissemens, les coliques et la diarrhée, sont plutôt des symptômes d'une affection du ventre que des signes avant-coureurs d'hydrocéphale, arrivant au début ou à l'invasion proprement dite. M. B. rejette les trois périodes admises par Whytt, et les raisons sur lesquelles il se fonde me paraissent, je l'avoue, moins satisfaisantes que celles qu'il a fait précédemment valoir pour adopter cette division, actuellement si arbitraire et si fautive à ses yeux (1). Quant à moi, je crois, comme il le pensait alors, qu'il est bon de la conserver, parce qu'elle est fondée sur ce qui a lieu le plus ordinairement. Quoi qu'il en soit, dans tout le cours de la description que l'auteur fait de la maladie, viennent se ranger l'un après l'autre cette foule de symptômes qu'on retrouve indiqués dans la plupart des ouvrages qui traitent de l'hydrocéphale aiguë, mais qui, certes, sont loin de se rencontrer toujours lorsque la maladie est simple, ou qui, bien souvent encore, appartiennent à des complications. Pourquoi répéter, après MM. Coindet, Brachet, etc., que, s'il y a diarrhée, les selles sont verdâtres et fétides, puisque dans le chapitre suivant, intitulé : *De l'appréciation des symptômes*, nous lisons « que les excrétions verdâtres, dont plusieurs auteurs ont parlé, se font remarquer chez beaucoup d'enfans atteints de diverses maladies du tube digestif ». Il est évident, en effet, comme déjà l'a écrit M. Senn, que ce n'est là qu'une simple coïncidence de deux maladies étrangères l'une à l'autre, ou que cet état des selles est le résultat de l'administration du calomel ou de quelque autre purgatif. Suivant M. B., peu d'auteurs ont parlé de l'irrégularité du pouls, qu'il n'a guère observé, dit-il, que vers la fin de la maladie. Cette irrégularité est bien plus fré-

(1) Voyez *Journ. compl.*, tomes V, VI, VII.

quente vers la seconde période, époque à laquelle, comme on sait, le pouls, d'acceléré qu'il était, devient presque toujours assez lent; et, d'ailleurs, rien de plus commun (chez les enfans) que cette irrégularité, lorsque la lenteur du pouls succède à sa fréquence. Il nous est impossible d'admettre avec M. B. que la fixité des yeux jointe à la contraction souvent répétée ou permanente des muscles oculaires, soient des signes très-certains d'un épanchement intérieur. Quant à la dilatation et à l'oscillation des pupilles, ce signe est commun à beaucoup d'affections cérébrales, sans être caractéristique d'aucune en particulier. Il est donc peu exact de dire que ce soit un des indices les moins équivoques de l'hydrocéphale aiguë. La lenteur et l'inégalité de la respiration, que l'auteur place au nombre des symptômes qui, par leur rareté même, sont dignes de quelque attention, sont peut-être ceux qu'on peut à bon droit regarder comme les plus constans. C'est, du reste, l'opinion de MM. Guersent et Cruveilhier.

Dans le huitième chapitre M. B. examine les maladies qui simulent l'hydrocéphale aigue; dans le neuvième, il parle des affections concomittantes et *consécutives* qui peuvent jetter de l'obscurité sur le diagnostic, et dans le chapitre suivant il essaie de distinguer cette affection des autres maladies. Nous glisserons légèrement sur le défaut d'ordre et les redites qui se remarquent dans ces trois divisions, pour nous occuper de ce qu'elles renferment d'important. Au nombre des maladies qui peuvent en imposer pour une fièvre cérébrale ou la compliquer, l'auteur a placé certaines éruptions cutanées à leur début, les accidens de la dentition, les vers, quelques inflammations du tube digestif et du foie, les fièvres intermittentes ou rémittentes pernicieuses, les phlegmasies meningo-céphaliques et quelques autres lésions cérébrales. M. B. passe un peu trop rapidement peut-être sur la plupart de ces affections; il reconnaît bien la difficulté de distinguer toujours la méningite de l'hydrocéphale, mais les symptômes à l'aide desquels il prétend les différencier, appartiennent-ils réellement à la première? » Délire presque constant, face rouge, yeux saillans, injectés, scintillans, mouvemens convulsifs, violens frissons, vociférations, pouls tendu, vibrant; j'en appelle à ses souvenirs, sont-ce bien là les caractères des méningites de la base chez les enfans? Quant à l'encéphalite, dit M. B., elle diffère encore plus de l'hydrocéphale, parce qu'elle a son siége plus profondément dans la substance cérébrale; et pour ce qui est de la fièvre ataxique, il est inutile d'en parler, depuis qu'on est parvenu à démontrer (où cela est-il démontré?) que cette maladie n'est qu'une réunion bizarre de plusieurs symptômes graves appartenant à diverses affections. Les observations rapportées par M. B. pour appuyer ses idées, sont au nombre de vingt-cinq: la plupart n'ont pas été recueillies par lui-même, et deux

d'entr'elles sont extraites du mémoire de M. Senn sur la méningite; (17 et 18e) (ce dont l'auteur, par oubli sans doute, n'a point averti). Sur ce nombre, il en est quinze au moins dans lesquelles les meninges ou le cerveau offraient des traces évidentes d'inflammation, et quatre seulement où pour toute lésion morbide, il existait une certaine quantité de sérosité transparente épanchée dans les ventricules ou dans les meninges. Etait-ce bien à ce résultat que voulait arriver l'auteur, et a-t-il vraiment atteint le but qu'il s'était proposé en publiant de tels faits? Je laisse au lecteur à le décider.

Il nous reste à dire un mot du traitement; mais ici comme ailleurs, nous ne trouvons presque rien qui appartienne spécialement à l'auteur. Les moyens thérapeutiques qu'il propose sont les mêmes que ceux indiqués par tous les auteurs; seulement oubliant qu'il a blâmé les antiphlogistiques à la page 38, il conseille leur emploi à la page 189, et ce qu'il en dit là, comme au reste tout ce qui suit, nous a semblé fort raisonnable, à quelques exceptions près, que nous croyons inutile de mentionner.

L'ouvrage est terminé par la traduction du mémoire de R. Whytt, sur l'hydrocéphale-interne, publié en 1768. Ce travail singulièrement remarquable, était peu connu quoique souvent cité; on doit donc des remercîmens à M. B. pour l'avoir fait passer en notre langue (1).

G. Blache.

Handbuch der Bücherkunde für die aeltere Medicin, etc. — Bibliographie des médecins anciens, Manuel pour la connaissance des ouvrages de médecine grecs, latins et arabes, et pour la classification bibliographique de leurs divers commentaires et de leurs différentes éditions et traductions; par L. Choulant. *Leipzig, Voss.* 1828. 1 *vol. in-8.° de XVI-198 pages.*

L'ouvrage de M. Choulant est divisé en quatre parties, 1.° médecins grecs; 2.° latins; 3.° arabes; 4.° collections de mémoires et lexiques. Chacune de ces parties est précédée d'une introduction dans laquelle M. Choulant esquisse l'histoire des grandes périodes de la médecine ancienne. L'ordre chronologique fixe le rang des auteurs. Une notice dans laquelle M. Choulant fait connaître succintement et d'après les meilleures sources, les principales circonstance de la vie

(1) Nous regrettons que le défaut d'espace nous ait empêché d'insérer l'analyse de l'ouvrage de M. Charpentier sur le même sujet.

des chefs de la médecine ancienne, et le caractère spécial de leur talent, précède l'indication raisonnée de leurs ouvrages, les désignations des éditions, et l'énumération des traductions, classées dans un ordre méthodique. M. Choulant n'omet ni les commentaires, ni les glossaires, ni les abrégés, pas même les index et les bibliographies spéciales. Il n'a écarté de son travail que les manuscrits, et certains qui ne sont cités qu'incidemment, ou qui ne sont connus que par des fragmens dont il n'a été fait aucune publication particulière; tel est l'ordre général qu'il a suivi.

La première partie (*Médecine grecque*) commence à Hippocrate et finit à Nikolaos Myrepsos; elle contient trente-sept noms parmi lesquels on distingue en première ligne Hippocrate, Platon, Aristote, Théophraste, Asclépiade, Dioscorides, Aretée, Galien, Oribase, Aëtius, Alexandre de Tralles et Actuarius. Cette section s'ouvre par une introduction courte mais substancielle, dans laquelle l'auteur expose l'origine, le développement et l'esprit de la médecine grecque. Il a peu de peine à démontrer l'importance de son étude, et à indiquer les nombreux services qu'elle a rendus et qu'elle peut rendre à la médecine moderne. Il partage en quatre classes les bibliographes du Père de la médecine: 1.° écrits antérieurs à Hippocrate, mais publiés ou commentés par lui; 2.° écrits d'Hippocrate; 3.° écrits postérieurs à Hippocrate, mais publiés par ses élèves et composés dans sa doctrine; 4.° écrits faussement attribués à Hippocrate. M. Choulant donne immédiatement après, la classification des œuvres du vieillard de Cos, suivant Foës, la liste des éditions grecques et grecques latines des œuvres complètes, celle des traductions, celle des éditions spéciales de chacun des divers traités dont la réunion compose la collection des œuvres, celle des éditions de quelques traités réunis dans un même volume, celle des index et lexiques, enfin celle des abrégés et des commentaires, et la bibliographie hippocratique. M. Choulant eut pu discuter avec plus de détail qu'il ne l'a fait, la légitimité et l'illégitimité des divers traités d'Hippocrate; et il avait un excellent modèle à suivre dans l'ingénieuse Dissertation de Link sur les théories des ouvrages attribués à Hippocrate, présentées comme un moyen de reconnaître leur authenticité. M. Choulant n'eut pas consulté avec moins de fruit le beau travail que Frédéric Dietz a publié en 1827, d'après les meilleures sources, sur les divers ouvrages du Père de la médecine; le docteur Schrader a relevé un assez grand nombre d'omissions, dans l'article Hippocrate, de l'ouvrage de M. Choulant, tant il est difficile aux ouvrages de la nature de celui-ci d'être exacts et complets, même en Allemagne, cette terre classique de la bibliographie. Les auteurs sont placées suivant l'ordre chronologique, cependant Alexandre d'Aphrodisée qui vécut à la fin du II.e siècle, suit Oribase qui vécut au IV.e

La 2.ᵉ partie (*Médecine latine*), commence à Celse et finit à l'école de Salerne, elle ne contient que quatorze noms, dont les plus célèbres sont, Celse, Scribonius Largus, Cœlius Aurelianus et Serenus Samonicus. Les auteurs de cette série n'ont de commun entre eux que le langage, et leurs ouvrages diffèrent tellement les uns des autres, par le sujet, la forme et le mérite intrinsèque qu'il n'est pas possible de les embrasser dans un apperçu général. C'est aux onze premiers siècles de l'ère chrétienne que la médecine latine appartient, et non-seulement la médecine grecque continua à vivre pendant cette longue période de temps, mais encore la médecine des arabes parut, fleurit et disparut. Les écrivains compris dans cette section, représentent d'autant moins la médecine romaine, qu'elle existait avant Celse, et que la langue latine continua à être employée lorsqu'elle eut cessé d'être une langue vivante, cette langue se montre avec toute sa pureté classique dans Celse; elle est déjà altérée dans le style sec de Scribonius Largus, et se transforme en un idiome barbare dans Cœlius Aurelianus. L'article Celse du livre de M. Choulant est très-complet; on n'y trouve pas l'indication d'une édition de la traduction de Ninnin, qui parut à Paris, en 1754, chez Vincent; mais cette édition est probablement la même que celle qui parut en 1753, chez Desaint et Saillant. Les notices bibliographiques sur Macer Floridus et sur l'école de Salerne, sont les plus importantes de cette section après celle de Celse. L'article qui concerne l'école de Salerne est capital; M. Choulant lui a donné beaucoup de soins, peu d'éditions lui ont échappé.

Les écrivains arabes, au nombre de dix-huit composent la troisième section; Serapion l'ancien ouvre leur série, et Ebn Beithar la finit. Ces auteurs sont peu lus, car leur langue n'est point cultivée; M. Choulant pense avec raison que l'étude des médecins arabes mérite plus d'importance qu'on ne lui en accorde. Les noms des auteurs sont imprimés dans son ouvrage en caractères arabes.

La 4.ᵉ et dernière section de l'ouvrage du professeur de Dresde, se compose de l'indication bibliographique des recueils, collections de mémoires et dictionnaires qui sont relatifs à la médecine ancienne. Elle commence à l'*articella* et finit au lexique de Kraus. Les articles le plus importans sont ceux qui concernent l'*articella*, les collections imprimées par les Aldes, et la belle collection des médecins grecs publiée par Kuhn. M. Choulant n'a dû indiquer que les principaux des commentaires, car leur nombre est immense, et il n'aurait pu être complet sans faire beaucoup d'emplois doubles. En effet Hippocrate, Galien et Avicenne étaient les classiques du moyen âge; leurs ouvrages contenaient toute la science des temps anciens, leur doctrine était celle des universités, et l'interprétation de leurs

ouvrages, était tout le talent des médecins lettrés de cette époque.

M. Choulant a voulu être exact et complet. La réunion de ces deux qualités dans un bibliographe est un mérite rare et cependant indispensable; plusieurs grands travaux littéraires n'ont aspiré qu'à la seconde; ces répertoires voulaient être complets avant tout, et dans cette intention ils ont rempli leurs pages d'une multitude indigeste de titres de livres et d'indications de traductions et de commentaires. Ils sont devenus un ramas informe de nótices bibliographiques exactes ou inexactes, mais complètement inutiles, puisqu'elles ne présentaient aux hommes de lettres aucune garantie de fidélité. L'exactitude est une qualité bien autrement précieuse. Un bibliographe ne peut la posséder qu'après avoir beaucoup vu par soi-même. Malheureusement il ne saurait tout voir, et s'il veut faire un livre utile, les lumières et le savoir des autres lui sont indispensables, c'est à lui de bien choisir. M. Choulant a puisé aux meilleures sources; et il a comparé les éditions les unes aux autres avec un soin extrême. Cependant il marchait sur un terrain trop mal défriché encore pour atteindre parfaitement son but. Son ouvrage est fort bon, c'est un livre fait avec science et conscience, mais toujours est-il qu'on a pu y découvrir bien des omissions, surtout aux articles Hippocrate, Galien, Actuarius, Mysepsus, Albucais, *Articella* et Ketam, et même un certain nombre d'erreurs, en assez petit nombre il est vrai. La traduction latine d'Hippocrate par Foës, qui parut à Francfort en 1596, est in-8.° et non in-folio. L'édition des Aphorismes, donnée à Jena en 1729, est in-8.° et non in-12. Le Dioscoride de Matthiole de 1598, fut publié, non pas à Francfort, mais à Bâle. L'édition de Bâle d'Aetius, 1549, est in-folio et non in-8.°; la traduction italienne de la collection de Médecine vétérinaire, est de 1548 et non de l'année 1543. Les remarques sont peu de choses, mais on demande à la bibliographie une exactitude désespérante.

M. Choulant a l'intention d'écrire la bibliographie des médecins du moyen âge, nous ne saurions trop l'encourager à persévérer dans ce projet. Une traduction complète de celui que nous annonçons, réussirait sans doute; il serait facile de réunir à l'ouvrage de M. Choulant les additions indiquées par M. Schrader, et les améliorations que conseilleront les bibliographes auxquels M. Choulant lui-même a fait un appel. MONFALCON.

Manuel d'anatomie descriptive du corps humain, représentée en planches lithographiées; par Jules Cloquet, *chirurgien-adjoint de l'hôpital Saint-Louis, professeur agrégé de la Faculté de Médecine, etc., etc. Paris,* 1829, *petit in-4.°* (34.°, 35.°, 36.°, 37.°, 38.°, 39.° *livraisons.*)

Dans la série des planches que nous annonçons, celles qui font immédiatement suite aux livraisons précédentes, complètent l'anatomie du système nerveux; les trois premières représentent les portions thoraciques et abdominale du grand sympathique. Ces figures sont remarquables par la précision de détails si difficiles à bien exprimer pour des parties qui sont d'une extrême ténuité, et qui offrent une distribution qu'on suit souvent avec peine sur le cadavre. A ces planches succèdent celles des organes de la respiration et de la circulation, que l'auteur a fait précéder d'une figure des élémens microscopiques du sang. L'anatomie des poumons et du cœur comprend neuf planches dans lesquelles sont représentées toutes les particularités de structure du cœur, de la trachée artère, des bronches, de leurs ramifications, de leurs rapports avec les vaisseaux sanguins, de leur terminaison, c'est-à-dire du tissu pulmonaire proprement dit. Ces détails anatomiques sont fort remarquables : l'auteur les a empruntés en partie au travail de MM. Resseissen et Sœmmering. Les figures suivantes sont relatives à l'artériologie, et représentent fidèlement les vaisseaux de la tête, du cerveau, des organes des sens, ceux du cou, de l'aisselle, des membres supérieurs, de la poitrine, des organes digestifs, et des parties génitales externes et internes chez l'homme et la femme. L'exécution de ces dessins mérite toujours les mêmes éloges. Dans toutes ces planches, comme dans celles qui composent le *Manuel*, l'auteur a soin de joindre aux figures tracées d'après ses propres dissections, la copie des planches publiées par les anatomistes iconographes qui ont suivi le plus heureusement les traces d'Albinus. C'est ainsi que l'ouvrage de M. J. Cloquet forme un recueil d'anatomie figurée, d'autant plus important, qu'il offre, sous le rapport de l'exactitude des dessins, toutes les garanties désirables, en même temps qu'un *tableau complet* de toutes les parties du corps humain. Le texte joint aux planches est un traité d'anatomie descriptive redigé avec beaucoup de soin.

Phytologie pharmaceutique et médicale, ou végétaux envisagés sous leurs rapports anatomique, physiologique, taxonomique, chimique, pharmacologique et thérapeutique; par P. J. E. de Smyttère, *docteur en médecine de la Faculté de Paris, maître en pharmacie, etc. Paris,* 1829. *Grand in-8.°,* 122-148 *p. et tables. Chez Levrault.*

Cet ouvrage est divisé en deux parties; la première est consacrée

aux principes généraux de la botanique et de la pharmacologie végétale. L'auteur y expose l'anatomie et la physiologie végétale, ainsi que les principales classifications usitées en botanique; puis il explique les propriétés des plantes d'après la nature de leurs produits immédiats, et présente des règles pour la récolte et la conservation des produits immédiats ou des organes qui les contiennent. La deuxième partie est disposée sous forme de tableaux analytiques, qui offrent en regard, dans une série de colonne distinctes: 1.° la description des familles naturelles qui intéressent la médecine; 2.° les propriétés générales de ces familles; 3.° les caractères des genres; 4.° les espèces employées en médecine; 5.° les lieux qu'elles habitent et leur durée; 6.° les parties employées en médecine; 7.° leurs noms pharmaceutiques et vulgaires, 8.° leurs odeur et saveur; 9.° les produits les plus remarquables qu'on en obtient par l'analyse; 10.° leur action physiologique; 11.° leur usage en principe; 12.° la dose de la substance à l'état simple, et le mode ordinaire de son administration. Pour donner une juste idée des caractères des organes reproducteurs, qui servent de base aux classifications, M. de S. a placé en regard de chaque famille des figures gravées avec soin, représentant les diverses coupes de la fleur, du fruit et de la graine, et disposées de manière à ce qu'elles cadrent exactement avec les descriptions. — Le livre de M. de Smyttère est imprimé avec luxe; mais ce qui vaut beaucoup mieux, il est composé dans un excellent esprit. L'exposition des matières est claire et méthodique. La disposition en tableaux qu'a adoptée l'auteur pour la deuxième partie, favorise singulièrement en l'abrégeant, l'étude des diverses connaissances qui sont indiquées, et qui se présentent à la fois dans un même coup-d'œil et dans l'ordre de leur liaison et de leur importance. Cet ouvrage, qui annonce dans son auteur une connaissance approfondie de son sujet, mérite d'avoir du succès.

Traité des maladies syphilitiques de la peau; par JOSEPH HUMBERT, *docteur en médecine, chirurgien interne du dispensaire de l'hôpital Saint-Louis, etc. Paris*, 1828, *in*-18 *de* 216 *pp.*

La multitude de formes différentes que les maladies cutanées revêtent, exige du médecin une attention particulière, pour qu'il puisse approprier le régime et les moyens curatifs à la nature de la maladie qu'il doit combattre. Aucunes, sans contredit, ne demandent, sous ce rapport, un examen plus scrupuleux que celles qui dépendent d'une cause vénérienne; aussi doit-on rechercher tout ce qui tend à en éclairer le diagnostic. C'est dans ce but que M. Humbert retrace dans un même cadre l'histoire générale des syphilides,

et la description de chacune des formes qu'elles affectent; les observations particulières qu'il a jointes à ses descriptions font ressortir davantage les caractères propres à chaque syphilide; néanmoins, on pourrait lui reprocher d'apporter quelquefois trop de concision dans les détails descriptifs, et de les remplacer par quelques expressions qui, bien qu'on leur attache un sens déterminé, n'en sont pas moins insuffisantes pour celui qui a besoin de se représenter avec précision tous les caractères de la maladie qu'il étudie. On ne se contente plus maintenant de dire qu'une partie est enflammée, mais on décrit l'état des tissus qui dénote l'inflammation. Quoi qu'il en soit, nous ne doutons pas que l'ouvrage de M. Humbert ne soit recherché des praticiens.

Du traitement de la sciatique et de quelques névralgies par l'huile de térébenthine; par L. Martinet, *D. M. 2.ᵉ édition, revue et augmentée. Chez Gabon. Paris*, 1829. *In*-8.°, 187 *pages.*

Nous avons fait de cet ouvrage un extrait critique étendu, lors de la publication de la première édition (Voy. *Arch. génér.*, t. IV, p. 400); nous ne pourrions que reproduire, à peu de modifications près, le jugement que nous en avons porté. L'auteur, dans cette seconde édition, n'a fait que peu de changemens à son ouvrage, quant au fonds même; seulement il a ajouté un assez grand nombre d'observations pour confirmer son opinion sur l'efficacité de l'huile de térébenthine dans le traitement des névralgies.

Monographie de la goutte, et découverte du moyen de la guérir; par M. Duringe, *docteur en médecine et en chirurgie de l'Université de Goettingue, autorisé par le Roi à exercer en France. Paris*, 1829, *grand in*-8.°, 362 *pp.*

Le titre de ce livre indique suffisamment qu'il n'a point été écrit pour des médecins. Les connaissances que nous possédons sur la goutte n'y sont que fort incomplètement exposées; à la place s'y rencontre nombre d'erreurs, dont une mérite d'être signalée : suivant M. Duringe, la goutte est une maladie contagieuse; la découverte annoncée consiste dans l'emploi raisonné, dans l'application faite à propos, des remèdes usités contre la goutte. L'ouvrage est imprimé avec luxe; il coûte 10 francs, et se vend chez l'auteur.

MÉMOIRES

ET

OBSERVATIONS.

OCTOBRE 1829.

Aperçu des découvertes faites en anatomie pathologique durant les trente années qui viennent de s'écouler, et de leur influence sur les progrès de la connaissance et du traitement des maladies; par J. E. Dezeimeris. (IV.e article.)

Maladies des nerfs.

Il serait naturel de penser, quand l'observation ne l'aurait pas appris, que les rameaux de l'arbre nerveux doivent être sujets aux mêmes maladies que le tronc dont nous venons de faire l'histoire anatomico-pathologique. Il n'est pas un genre de lésion, observé dans le cerveau ou la moelle épinière, ou dans leurs enveloppes, dont on ne put retrouver quelque exemple pour les nerfs. Ramollissement ou endurcissement de leur substance ou de leur névrilème, suppuration ou gangrène, infiltrations séreuses, sanguines ou purulentes, ulcérations ou fongosités, dégénérations diverses, tubercules, cancers, tumeurs ou concrétions variées, etc. : tout cela a été vu dans les nerfs comme dans l'encéphale. Vouloir consigner ici les résultats de tant d'observations dispersées dans une foule d'ouvrages, ce serait s'engager dans un travail qui sortirait

duit à exprimer le même regret à l'égard d'une dissertation publiée à Halle en 1801, et qui ne peut manquer d'être intéressante, puisque Joseph Frank en propose l'auteur (1) comme un guide à suivre dans l'étude des maladies des nerfs, et comme un modèle de l'exactitude scrupuleuse qu'exigent des recherches aussi délicates.

L'anatomie de Sœmmerring est citée comme une source originale à l'égard des altérations des nerfs; l'illustre doyen des anatomistes a dumoins répété les expériences d'Arnemann, et vérifié par lui-même les résultats principaux qu'elles avaient fournis. Les notions qu'il donne sur notre sujet doivent donc occuper ici quelques lignes. Les observations de Sœmmerring sur la névrite étant fondées sur des expériences, et liées à l'histoire des changemens divers qui se passent dans les nerfs après leur section ou ligature, nous ne séparerons point des phénomènes que l'observation a présentés réunis, et nous continuerons ensuite à embrasser dans un même coup-d'œil des objets peu susceptibles d'être isolés, et qui ne pourraient l'être sans entraîner dans des répétitions continuelles.

Un nerf fortement serré par une ligature, sur un animal vivant, dit Sœmmerring, éprouve au-dessus un renflement plus ou moins marqué (2). Coupé en travers, les deux bouts s'écartent un peu; ils fournissent, le supérieur surtout, une pulpe visqueuse, gélatiniforme, qui forme une saillie globuleuse. Quand la plaie commence à marcher vers la guérison, le bout supérieur du nerf est rouge ou grisâtre, inégal, renflé, recouvert d'une sorte de croûte; à mesure que l'inflammation diminue, il pâlit,

---

(1) Nasse. *Diss. de neuritide.* Halle, 1801.

(2) Beaucoup d'expérimentateurs, qu'il serait inutile et trop long d'indiquer, avaient dès long-temps fait la même observation.

devient brillant, *noueux*, criant sous le scalpel. Le bout inférieur, paralysé, ne présente les mêmes phénomènes qu'à un bien moindre degré, puis il s'amincit, perd ses plicatures naturelles, et devient lisse; sa pulpe s'amollit, se liquéfie. Les deux bouts sont réunis par un tissu cellulaire rougeâtre. Le renflement survenu au-dessus de la section ou de la ligature, examiné au moyen de la macération ou de l'action de l'alcohol, se montre développé aux dépens du névrilème, et non de la pulpe nerveuse qui a disparu plus ou moins complètement dans son intérieur. Les nerfs peu volumineux se cicatrisent assez bien pour reprendre l'exercice de leurs fonctions. Après l'amputation des membres, l'extrémité des nerfs présente les mêmes phénomènes, éprouve le même renflement que nous venons d'indiquer (1). Les nerfs résistent beaucoup plus qu'aucune autre partie molle aux causes d'inflammation; on les voit assez souvent traverser des foyers phlegmasiques ou purulens, sans prendre part à la maladie, et même, quelquefois, conserver encore leur vie et leur intégrité au sein d'une partie tombée en gangrène. L'atrophie les rend plus grèles, plus courts, plus denses, demi-transparens, et comme cartilagineux.

---

(1) Ce fait, constaté depuis long-temps par un assez grand nombre d'observations, vient de l'être récemment dans un cas qui a présenté le phénomène au plus haut degré de développement qu'il puisse peut-être acquérir. En disséquant l'épaule d'un soldat auquel M. Larrey avait pratiqué l'amputation du bras dans l'article, après la bataille de Waterloo, M. Bérard jeune a vu le plexus brachial se terminant, aux environs de la cicatrice, par trois renflemens de grosseur différente. Le plus volumineux, *qui égalait une noix*, recevait les nerfs médian, cubital et radial; un autre, du volume d'une noisette, surmontait le nerf musculo-cutané; le plus petit, enfin, était placé sur l'extrémité du nerf circonflexe. Ces renflemens, consistans et d'une couleur rougeâtre, tenaient à la cicatrice par une corde fibreuse très-courte et assez étroite. (*Nouvelle Biblioth. Méd.*, juillet 1829, p. 72).

Nous ne voyons pas qu'on ait rien ajouté, pendant plus de vingt ans, aux notions qui précèdent. En 1818 parurent deux dissertations qui traitent de l'inflammation des nerfs; l'une à Paris, par J. Ed. Nolin, qui expose avec assez d'exactitude et de précision l'état de la science, surtout sous le point de vue de la thérapeutique; l'autre, à Halle, par Gust. Ferd. Wolff, qui est consacrée toute entière à la relation de huit expériences faites sur des chiens. Ces expériences confirment celles de Sœmmerring, en y ajoutant quelques détails anatomiques. Deux d'entre elles offrent des résultats fort curieux, que nous indiquerons, quoiqu'ils ne se rattachent qu'indirectement à notre sujet.

Gust. Ferd. Wolff mit à découvert, sur un chien, et coupa les nerfs sciatique et crural, le premier immédiatement à sa sortie de l'échancrure ischiatique : il en résulta les phénomènes ordinaires de la section de ces nerfs. Le membre perdit tout sentiment et tout mouvement, et sa température s'abaissa. L'expérimentateur enfonça avec violence un morceau de bois raboteux dans la patte de l'animal : il en résulta quelques contractions convulsives des muscles blessés, mais point de douleur. L'instrument vulnérant retiré, il s'écoula un peu de sang, puis il en suinta une lymphe tenue et impropre à déterminer une adhésion immédiate. Les lèvres de la plaie ne présentèrent point une rougeur inflammatoire franche; elles étaient livides, insensibles à toute irritation mécanique. L'humeur qui s'en écoulait sans cesse, d'abord aqueuse, puis rougeâtre et purulente, était toujours ténue. L'aspect de la plaie était terne et blafard. L'application d'une solution de sublimé corrosif et de quelques autres excitans redonna un peu de ton à la blessure. Au sixième jour de ce traitement apparurent les premières granulations, spongieuses et livides à la vérité, donnant du sang au moindre

contact, et necessitant l'application de la pierre infernale pour en réprimer les végétations. Au bout de trois semaines, la cicatrice était complète, mais inégale, tuberculeuse, livide, et parfaitement semblable à celle d'un ulcère scrofuleux.

Sur un autre chien, Wolff fit d'abord une plaie à la patte, de la même manière que dans le cas précédent. Il s'y établit bientôt une inflammation aiguë, avec augmentation de chaleur dans le membre, et fièvre inflammatoire continue. Les nerfs sciatique et crural furent alors mis à nud et coupés. A peine cette section était-elle pratiquée depuis une demi-heure, que déjà la rougeur inflammatoire de la plaie avait disparu pour faire place à une couleur jaunâtre et livide; le pus, auparavant de bonne qualité, devint séreux et tenu, et dès-lors la plaie offrit le même aspect, et suivit la même marche que dans le cas précédent. Revenons à l'anatomie pathologique de l'inflammation des nerfs.

Le premier traité spécial qui se présente à notre examen est la Dissertation de M. Pierre-Jules Descot (1), écrite sous la direction, et soutenue sous la présidence de Béclard. Nous devons toutefois nommer auparavant un auteur auquel le précédent a des obligations qu'il n'aurait pas dû taire. Nous voulons parler de Joseph Frank (2), à qui on doit, sur la névrite et la névralgie, le chapitre le plus complet et le plus instructif qui existe dans aucun traité général de médecine pratique. La thèse de M. Descot renferme peu de remarques

---

(1) *Dissertation snr les affections locales des nerfs.* Paris, 28 août 1822. Nous ne connaissons de la dissertation de Swan, sur les affections locales des nerfs, que les observations nombreuses que lui a empruntées M. Descot.

(2) *Praxeos Med. Univ. præcept.* Part. II, vol. I, sect. 2, pag. 117-198.

neuves, mais la plupart des observations importantes des écrivains antérieurs y sont textuellement rapportées; les résultats obtenus par les divers observateurs ou expérimentateurs qui se sont livrés à des recherches sur le même objet y sont rapprochés les uns des autres, et les plus importans sont confirmés par des expériences et des observations nouvelles. Dans l'article consacré à la *neuritis*, l'auteur a eu tort de ne pas rappeler que plusieurs des lésions décrites dans ceux qui précèdent se rapportent à l'inflammation des nerfs; il résulte de cet oubli, que l'histoire de cette maladie se trouve présentée d'une manière fort incomplète. Un travail beaucoup plus important sur ce point que celui de M. Descot, est le mémoire inséré par M. Martinet dans la *Revue Médicale* du mois de juin 1824. Un heureux hasard avait présenté à ce dernier, dans un assez court espace de temps, plusieurs exemples de la forme la plus rare de l'inflammation des nerfs, de la phlegmasie aiguë primitive, et M. Récamier lui en avait communiqué plusieurs autres. D'après ces faits, qui sont au nombre de dix, il a pu tracer, avec plus de précision qu'on n'avait fait jusqu'alors, les caractères extérieurs ou symptômatiques, et les traces matérielles de la maladie. Toutes les fois, dit-il, qu'il a été possible de constater, par la vue, l'état des nerfs affectés d'inflammation, on a trouvé une rougeur plus ou moins considérable de leur tissu, laquelle tenait à l'injection des vaisseaux sanguins du névrilème ou du tissu cellulaire qui l'entoure; on y a rencontré des ecchymoses partielles, des infiltrations séro-sanguinolentes, et des traces de suppuration évidente. Dans la plupart des cas, les nerfs étaient augmentés de volume, mais leur densité était peu altérée, et ce n'est que très-rarement que le nerf a présenté un ramollissement sensible. Il a toujours été facile de se convaincre que c'est au névrilème et au tissu

cellulaire que doivent être rapportées ces diverses altérations.

Les phénomènes par lesquels cette phlegmasie s'est exprimée, consistaient dans la diminution plus ou moins complète des fonctions des nerfs, et dans une douleur presque toujours invariable par sa nature, se bornant à la sensation de déchirement, d'engourdissement ou d'élancemens, fort analogue à celle qui s'observe dans les cas de compression de ces organes. Elle se rapproche de celle qui accompagne l'inflammation des tissus fibreux, avec cette circonstance, que le trajet qu'elle parcourt se fait le long des ramifications nerveuses. L'engourdissement qu'elle provoque est porté quelquefois jusqu'à la paralysie. Lors des rémissions, qui sont peu marquées, la douleur est sourde, mais jamais elle ne cesse brusquement, comme jamais ses paroxysmes ne se développent instantanément. On l'exaspère à volonté par la pression exercée sur le nerf malade; enfin, il existe un rapport constant entre la violence et la durée de la douleur, et l'inflammation dont elle est l'effet. Ces caractères distinguent assez nettement la névrite de la névralgie; les observations ultérieures n'ont rien ajouté à leur précision; et nous pouvons borner à cela ce que nous ont appris sur ce sujet les recherches anatomico-pathologiques.

Nous avions eu l'intention de placer ici un aperçu des recherches qui ont eu pour objet la tumeur des nerfs connus sous les noms de névrômes ou de ganglions; mais ce travail a déjà été fait par M. Descot (1), et surtout par M. Aronssohn (2); et nous nous dispensons d'autant plus de le refaire, que ce que l'on sait aujourd'hui sur cette matière se réduit, à peu de chose près, à

(1) *Op. cit.*

(2) *Obs. sur des tumeurs développées dans les nerfs.* Diss. Strasbourg, 1822.

ce que l'on savait déjà vers la fin du siècle dernier (1).

MALADIES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE.

Du cœur et de ses annexes.

De toutes les maladies du cœur, celle dont l'étude est le plus importante, puisque la plupart des autres peuvent en être la conséquence, l'inflammation, a été une des dernières étudiées. Les anciens n'en connurent ni les symptômes, ni les résultats cadavériques ; et l'idée qu'ils avaient que la mort du sujet devrait arriver avant que l'inflammation pût être établie dans un organe aussi important que le cœur, fit presque nier la possibilité d'une pareille affection. C'est à Rondelet, Salius-Diversus et Foreest que la science est redevable des premières descriptions qui en aient été faites. Malgré les travaux de Senac, de Meckel, de Morgagni et de beaucoup d'autres, la maladie passait pour rare, et était encore peu connue assez long-temps après le milieu du dernier siècle. Une multitude d'observations, et plusieurs traités généraux, ont depuis lors éclairé divers points de son histoire, et permis, dans certains cas, de reconnaître à des caractères particuliers, du moins anatomiquement, l'inflammation de l'organe central de la circulation, et celle de la membrane fibro-séreuse qui l'enveloppe.

I. *Péricardite.* — L'inflammation du péricarde fut la première étudiée. Salius-Diversus (2) avait trouvé cette membrane recouverte d'une matière épaisse, audessous de laquelle se montraient des traces caractéristiques de l'inflammation ; Zacutus-Lusitanus (3) l'avait

(1) *Voyez* une obs. remarquable de tumeur nerveuse dans Cruveilhier, *Anat. pathol.*, fasc. III,

(2) *De curat. particul. morb.*, cap. VI.

(3) *Praxis admiranda*, Lib. I, obs. 128.

vue de couleur brune, sèche, rude au toucher, et parsemée des granulations miliaires (1), Fabrice de Hilden y avait rencontré un épanchement séro-sanguinolent, et il avait fait remarquer qu'on n'y observait aucune rupture de vaisseau.

Senac résume les observations de ses prédécesseurs et celles que sa pratique lui avait offertes; mais c'est principalement sous le point de vue de la symptomatologie, et il s'attache peu à la description anatomique des désordres qu'on avait rencontrés.

Parmi les observations de péricardite qui présentent quelque intérêt, il ne faut pas oublier celles de Trécourt, médecin de l'hôpital militaire de Rocroy, sur une péricardite *épidémique* qui règna dans cette ville au commencement de l'année 1746. Difficulté extrême de respirer; long intervalle entre l'expiration et l'inspiration, qui était extrêmement courte, soif extraordinaire, et cependant hydrophobie dans quelques cas (2), douleur aiguë et fixe dans la région du cœur, et traversant la poitrine d'avant en arrière, palpitations, pouls petit et concentré, marche rapide, terminaison funeste, tels étaient les symptômes de cette épidémie, qui dura deux mois et demi et enleva un assez grand nombre de militaires. Une vingtaine d'autopsies montrèrent des exsudations gélatineuses à la surface du cœur, des adhérences entre ce viscère et le péricarde, un épanchement de pus épais et fétide, et, dit l'auteur, des *ulcérations* du cœur (1).

---

(1) Aux symptômes assignés par Salius Diversus, à la péricardite et qui pourraient être rapportés à une pleurésie aiguë, Zacutus ajoute les défaillances, les palpitations, une légère douleur vers le sternum, un pouls dur et inégal.

(2) Testa a observé le même phénomène. V. *Delle malattie del cuore*. T. III, p. 80.

(3) *Observ. sur une maladie singulière*, *Rec. périod. d'obs. de méd.*,

C'est aussi ce qu'avait rencontré Meckel chez quelques-uns des malades dont il a donné l'histoire dans les mémoires de l'académie de Berlin (pour les années 1756 et 1757).

Pour indiquer l'état des connaissances anatomiques relatives à la péricardite, à la fin du dernier siècle, nous avons dû remonter un peu haut dans le passé, parce que depuis les travaux que nous avons cités jusqu'à ceux de Portal, de Baillie et de Corvisart, cette partie de la science ne reçut aucun accroissement remarquable. Seulement on recueillit un nombre assez considérable d'observations qu'on trouve dispersées dans les journaux et les collections académiques. Les observations de Corvisart sont beaucoup plus précises et plus complètes que la plupart de celles qu'on avait recueillies avant lui. Elles se partagent naturellement en trois classes sous le rapport de l'acuité de la maladie et des modifications organiques qu'on a rencontrées. Ainsi à la suite du premier degré de péricardite aiguë, Corvisart avait trouvé dans la cavité du péricarde une petite quantité de liquide peu épais, trouble et roussâtre; la face interne de la membrane était rouge, livide, marbrée. Lorsque les malades avaient succombé à une péricardite dont la marche n'avait pas été aussi vive, ou même à une péricardite chronique, la face interne de la membrane séreuse, tant sa portion libre que celle qui adhère au cœur, était recouverte d'une exsudation pseudo-membraneuse, souvent considérable et de cinq ou six lignes d'épaisseur. Si on enlevait cette couche lymphatique qui, en général, cède avec facilité, on trouve la surface sous-jacente phlogosée,

---

déc. 1755, p. 458. Il est bon de noter que, suivant Trecourt, quelques-unes de ces *ulcérations* se montrèrent après qu'on eut détruit avec le scalpel les adhérences qui unissaient le péricarde au cœur.

quelquefois inégale, d'un rouge-pâle et comme blanchie par la substance qui la recouvrait. Avec le temps, cette fausse membrane grisâtre, dense, inégale, organisée, peut présenter des granulations dont Corvisart a vu le sommet ulcéré. Entre les deux couches albumineuses, dont l'une enduit la membrane extérieure du cœur, et l'autre la surface intérieure du péricarde libre, on trouve souvent une quantité plus ou moins considérable de liquide comme purulent ; mais il est aussi commun d'observer la portion libre et la portion fixe du péricarde réunies ensemble au moyen de ces deux couches albumineuses, collées l'une à l'autre, et qu'il est encore possible quelquefois de séparer en les tirant en sens contraire.

L'invasion brusque de la maladie, sa marche rapide, sa terminaison, presque subite dans certains cas, dans d'autres son caractère insidieux et sa marche chronique, et presque toujours les complications multipliées et plus ou moins graves qui interviennent, rendent fort difficile le diagnostic de la péricardite. C'est vainement surtout qu'on se flatterait de distinguer, à des signes un peu constans, l'inflammation du péricarde de celle du viscère que cette membrane recouvre.

Les observations de Burns et de Testa sont d'accord avec celles du célèbre professeur de clinique de Paris. Quant aux symptômes de la maladie, Testa lui reconnaît, comme Corvisart, deux formes, dont l'une s'accompagne de signes assez facilement réconnaissables, et dont l'autre peut marcher inaperçue, ou se masquer des apparences d'une autre affection. Les cas de ce dernier genre se sont présentés en assez grand nombre au savant médecin italien pourqu'il ait cru devoir les partager en plusieurs espèces, et en traiter *ex professo*. (1)

(1) *Testa: le malattie del cuore*, lib. III, cap. V. *Dei pericarditici*

Kreysig a mis à profit toutes les observations de ses prédécesseurs, et il y a ajouté quelques remarques qui lui sont propres. Une longue expérience lui a appris que les épanchemens séro-sanguinolens arrivent surtout dans les péricardites occultes qu'entraînent à leur suite les états morbides du cœur, tels que la dilatation et l'amincissement de ses parois (1). Il se demande si, quand on trouve de pareils épanchemens, sans nulle rougeur, sans épaississement ni érosion du péricarde, on peut croire que cette membrane ait été le siège d'une inflammation, et répond que si le sujet a succombé à une maladie fébrile avec des symptômes d'une affection de cœur, il ne lui paraît pas qu'on puisse en douter, et le prouve par des observations. Enfin Kreysig fait remarquer que la quantité du liquide épanché, peut dépasser tout ce qu'on pourrait imaginer d'une membrane aussi peu étendue que le péricarde, et qu'elle est souvent de plusieurs livres.

Il serait difficile de rien ajouter à l'histoire anatomique de la péricardite, (nous n'entendons parler que de l'inflammation du feuillet séreux du péricarde) telle qu'elle résulte des travaux de Laennec (2), Louis (3), Andral (4), Bertin et Bouillaud (5); mais le diagnostic de la maladie reste encore environné d'incertitudes; et si l'on excepte les signes tirés de la percussion, (elle doit donner un son mat) dont M. Louis s'est attaché à faire sentir l'impor-

---

e *carditici anginosi*, cap. IX. *Delle pericarditi, e delle idropericarditi puerperali*, lib. II, cap. V. *Dei stomachici cardiati*, *et passim*.

(1) T. III, p. 110. Ed. ital.

(2) *Auscult. méd.* T. II, p.

(3) *Mémoire sur la Péricardite*, dans la *Revue méd.*

(4) *Clinique méd.* T. III.

(5) *Tr. des Malad. du Cœur.*

tance (1), la science en est encore au point ou l'ont laissée Corvisart, Testa et surtout Kreysig, où plutôt elle en est venue à reconnaître comme l'ont démontré les observations de M. Andral (2), qu'il faut renoncer à assigner des caractères pathognomoniques à une affection qui peut ne présenter, dans un cas, aucun des symptômes qu'elle a offerts dans un autre. Tout ce qu'on peut recommander pour les cas douteux; c'est de procéder par voie d'exclusion, à l'examen de tous les viscères.

Inflammation du feuillet fibreux du péricarde.

II. Fondé sur des observations qui lui sont propres, M. Barbier (3) vient d'enrichir la science de remarques neuves et intéressantes. On n'avait encore parlé que vaguement de l'inflammation isolée du feuillet fibreux du péricarde. Salius Diversus avait vu la surface extérieure de cette poche fibro-séreuse recouverte, ainsi que les plèvres voisines, d'une couche pseudo-membraneuse; on trouve quelques observations analogues dans les auteurs qui ont traité de l'inflammation du médiastin comme d'une maladie particulière; enfin, quelques écrivains récens avaient tenté de donner l'histoire de l'espèce de péricardite qui nous occupe, mais ils ne rapportaient aucun fait particulier, et cette histoire ne paraissait avoir d'autre appui que l'induction tirée de l'analogie du feuillet extérieur du péricarde avec les autres tissus fibreux. M. Barbier a ob-

(1) M. Collin dit que l'auscultation fait entendre dans les péricardites un *bruit de cuir neuf*. (*Sur les méthodes d'exploration de la poitrine.*)

(2) *Loc. cit.* Voyez aussi Bouiller. *Diss. sur la difficulté du diagnostic de la péricardite*. Paris, 1812.

(3) *Précis de nosologie et de thérapeutique*, T. II, p. 553.

servé assez fréquemment la maladie dont il est ici question. Quand le tissu fibreux du péricarde est pris de phlogose, dit ce médecin distingué, le tissu cellulaire qui le recouvre est gonflé, plus épais, très-rouge, imbibé de sang ou de sérosité; cette enveloppe est d'une couleur sanguine, couverte d'injections vasculaires très prononcées : la coloration est plus foncée dans quelques endroits; on y distingue comme des taches qui sont formées par l'imbibition du sang dans le corps fibreux. Le travail inflammatoire fait éprouver de profondes modifications au tissu fibreux du péricarde. Il le rend, après un temps qui varie selon le degré de vivacité d'énergie de ce travail, plus épais, plus ferme, blanc, d'un tissu plus serré, comme cartilagineux, etc. On a trouvé des péricardes qui avaient acquis une épaisseur de quatre lignes, même d'un pouce; or, c'est au changement de constitution du feuillet extérieur du péricarde que M. Barbier attribue cet épaississement, plutôt qu'à l'accumulation de couches pseudo-membraneuses à sa surface interne, comme le veulent la plupart des anatomo-pathologistes.

Souvent la phlogose du tissu fibreux du péricarde fait entrer la plèvre dans un état d'irritation; elle détermine une exhalation sanguinolente que l'on trouve après la mort dans les cavités thoraciques, sans que les surfaces séreuses qui les tapissent offrent le moindre signe d'altération. L'inflammation reste fort rarement limitée à l'organe où elle a pris naissance, elle s'étend sur la plèvre du côté gauche, sur la surface diaphragmatique : elle remonte sur les gros vaisseaux, elle pénètre tout le tissu cellulaire qui les entoure. La surface interne du péricarde reste souvent saine : il se fait cependant une accumulation de sérosité dans son intérieur, résultat d'une excitation qui ne laisse point, dans le tissu de l'organe, de traces après la mort.

La péricardite étant, dans le plus grand nombre des cas, compliquée avec la pleurésie, il est difficile de préciser les symptômes qui lui appartiennent, et de déterminer la part que chacune de ces affections peut avoir dans le sentiment de chaleur, de gêne, de constriction, dans la douleur que le malade éprouve à la partie antérieure et latérale de la poitrine. Les angoisses, les syncopes toujours imminentes, l'état d'anxiété, et tous les troubles que l'on peut remarquer dans l'exercice de la circulation et de la respiration, rendent bien plus difficile encore la distinction de la péricardite fibreuse de toute autre inflammation du cœur ou de ses annexes (1).

(1) Un jeune homme de quinze ans, habituellement de courte haleine, essoufflé quand il marchait vite, éprouvant de temps en temps une dypsnée qu'il appelait un accès d'asthme, entra à l'Hôtel-Dieu (d'Amiens) le 17 septembre 1827. Depuis deux jours il est pris d'un essoufflement considérable et continu, de battemens violens du cœur avec douleur, avec anxiété dans la région de ce viscère. L'appétit se conserve. (*Deux saignées, solution légère de gomme arabique, julep, looch blanc, sinapismes aux pieds.*) Dans la nuit, l'oppression redouble, le malade est dans un état d'angoisse, il ne peut rester couché que sur le côté gauche; le cœur porte des coups durs et très-forts sur les parois de la poitrine; les contractions de ce viscère donnent un son éclatant; la respiration est précipitée : la percussion du côté gauche de la poitrine n'est pas sonore. (*18 sangsues sur la région du cœur, cataplasmes sinapisés, potion calmante.*) Le 18, le malade est un peu soulagé, il se plaint de pesanteurs de tête. Dans la journée, les accidens redoublent; il meurt à six heures du soir. — *Autopsie.* — *Canal vertébral.* Gaîne recouverte d'un tissu cellulaire très-rouge, très-épais, comme imbibé de sang dans la région scapulaire. Cette rougeur n'existe pas sur la portion cervicale, et sur les portions dorsale et lombaire de cette gaîne. Cette dernière contient peu de sérosité. Le cordon médullaire paraît plus rouge dans sa partie scapulaire. — *Tête.* Cerveau très-dense, remplissant exactement le crâne, ayant un aspect sec, lisse sur sa surface. L'arachnoïde est si intimement appliquée sur la substance cérébrale, qu'on ne peut pas en détacher de lambeaux. Vaisseaux dilatés, injectés. Il y a eu évidemment congestion sanguine à la fin de la vie. — *Poitrine.*

N'est-ce pas à la péricardite fibreuse que doivent être rapportées quelques-unes des observations publiées par des médecins du dernier siècle, sous le nom de rhumatismes du cœur ?

III. L'une des suites les plus communes, mais quelquefois aussi les plus obscures de la péricardite, ce sont les adhérences qui s'établissent entre le cœur et son enveloppe séreuse (1). Les formes diverses de ces adhérences, dont quelques-unes avaient été pour les anciens l'objet de singulières méprises, ont été décrites dans ces derniers temps avec une exactitude minutieuse. L'histoire de leur développement est bien connue depuis les recherches de Hunter et de son école sur la formation et les métamorphoses successives des fausses membranes à la surface des séreuses enflammées.

Dans la couche pseudo-membraneuse que nous avons vu se former à la surface du péricarde, on aperçoit, selon la remarque de Baillie, une couleur rougeâtre que lui donnent de petits vaisseaux qui s'y ramifient, et qui peuvent être plus sensiblement mis en évidence par le moyen d'une injection fine. Ces vaisseaux sont quelquefois nombreux, et l'on en peut voir le trajet du péricarde dans la fausse membrane, où l'on trouve aussi dans quelques cas

---

Péricarde très-rouge sur sa face externe, surtout du côté gauche : son intérieur est sain. Dilatation très-prononcée du ventricule droit, avec élargissement de l'ouverture artérielle. Le poumon gauche est dans un état de phlogose; son tissu est engorgé; solide; il a une couleur noirâtre. Adhérences de ce poumon aux côtes. Une quantité assez considérable de sérosité mêlée de flocons albumineux, existe dans les deux côtés de la poitrine. Viscères de la cavité abdominale sains. (Barbier, *Précis de nosol. et de thérap.*, tome II.)

(1) *Voy.* Meckel. *Observ. sur les malad. du cœur ;* mém. de l'Acad. des Sc. de Berlin. T. II, p. 56. *Collect. acad.* T. XI, p. 129. *De Haen, Rat. méd.* T. I, part. II, cap. VIII. Lieutaud, *Hist. anat.* Vicq-d'Azyr, art. *Anat. pathol. de l'Encyclop. méthod.*, part. méd.

des taches d'un sang vermeil. La formation de ces vaisseaux prouve évidemment que cette matière est douée d'un principe de vie; aussi la voit-on se changer graduellement en un tissu réticulaire, et finir par ne différer presque en rien de la membrane qu'elle recouvre (1). Mise en contact avec elle-même, sur les deux faces opposées du péricarde, dans le temps même qu'elle s'organise, elle peut, dans les inflammations aiguës, se confondre en un seul feuillet, et établir, entre le cœur et le péricarde, une adhérence générale. Ou bien, sur sa face restée libre, peuvent naître des prolongemens irréguliers, lamelleux ou filiformes, qui établissent entre le péricarde et le cœur des liens plus ou moins étroits (2). Toutes ces adhérences ne peuvent donc être regardées que comme des suites de l'inflammation.

Corvisart ne pensait pas ainsi : il admettait une espèce d'adhérence, tantôt générale et tantôt partielle, mais intime, c'est-à-dire qui se serait opérée sans l'intermède d'aucun moyen d'union. Il faut convenir que ses idées à cet égard n'étaient pas fort claires. Je suis tenté, dit-il, de regarder, entre autres, comme cause fréquente de ces adhérences, les affections rhumatismales et goutteuses. Serait-ce donc une raison suffisante pour leur attribuer une origine si différente de toutes les autres?

(1) Baillie pense que quand on trouve un épanchement de pus c'est la pseudo-membrane qui doit être considérée comme l'organe sécréteur de ce liquide. *Anat. pathol.*, p. 6.

(2) Baillie regarde comme probable que la différence de ces adhérences dépend de l'ancienneté de la maladie. Il pense que le mouvement continuel du cœur a pu relâcher des adhérences qui étaient intimes dans le principe. M. Cruveilhier adopte la même opinion. Laennec pense précisément le contraire; il attribue l'adhérence par de longues lames à une inflammation aiguë, et regarde *l'adhérence intime* comme la suite de la résorption du liquide épanché dans la péricardite chronique. *Auscult. méd.* T. II, p. 376.

Kreysig s'est peu étendu sur la description anatomique des adhérences; mais personne n'a traité d'une manière aussi complète du diagnostic, souvent si difficile, de cette espèce de lésion, et des désordres qu'elle entraîne à sa suite. Il serait trop long de donner ici une idée de cette partie de son ouvrage; nous dirons seulement, parce que quelques écrivains récens paraissent l'avoir ignoré, que c'est lui qui a le premier fait connaître, d'après les observations du docteur Heim, conseiller intime de la cour de Berlin, un signe dont on a depuis attribué la découverte à Sander (1).

Cardite.

I. Si la péricardite sans complication est une maladie peu commune, l'inflammation isolée de la substance même du cœur est bien plus rare encore.

Rivière est peut-être le premier qui ait décrit l'aspect

(1) Outre les signes communs à la plupart des lésions organiques de l'agent central de la circulation, l'adhérence du péricarde en présente un certain nombre qui lui sont plus particuliers, et qui résultent de l'embarras qu'entraîne pour l'action du cœur l'union accidentelle de ce viscère au diaphragme. On observe de violentes pulsations de la poitrine ou palpitations tantôt continues, tantôt périodiques, unies à une sorte de frémissement, plus considérables que dans l'hypertrophie du cœur, ou dans le rétrécissement de ses orifices. Si l'on applique la main à la partie inférieure de la poitrine, sur la région diaphramatique, et qu'on fasse marcher le malade, on sent une forte secousse, qui donne la sensation que pourrait faire éprouver une violente déchirure du diaphragme. En observant à l'œil les parois thoraciques, non-seulement on voit chaque systole du cœur les soulever avec force, mais on aperçoit encore à chaque pulsation se former un enfoncement à gauche au-dessous des côtes. (On se rend raison de ce phénomène en réfléchissant que le cœur et le diaphragme, médiatement adhérens l'un à l'autre, sont dans un véritable antagonisme; et que par leur contraction, ils s'entraînent mutuellement en sens inverse.)

que présente le cœur à la suite de l'inflammation (1). Kerkring et d'autres observateurs ont rapporté des exemples de cette maladie, mais qui n'ont qu'une faible valeur, parce qu'on ne savait pas distinguer les exsudations albumineuses et les pseudo-membranes de la suppuration et de l'ulcération. Meckel fut, sans aucun doute, celui qui décrivit avec le plus d'exactitude l'état dans lequel se trouve la substance musculaire du cœur atteint d'inflammation. Ce ne sont point, suivant lui, les fibres musculaires elles-mêmes qui s'enflamment (du moins n'en a-t-il jamais vu d'exemple), mais le tissu cellulaire qui les réunit et se trouve interposé entre leurs faisceaux (2). Ce tissu est en effet celui qui s'est montré à Corvisart le plus fréquemment affecté, quoique la substance musculaire et les vaisseaux qui la parcourent soient rarement alors exempts de toute affection. L'inflammation, dit notre habile observateur, convertit à la longue la partie musculaire du cœur en une substance molle et pâle; les fibres charnues conservent alors peu de ténacité; le tissu cellulaire qui les unit paraît lâche; quelquefois il est pénétré de matière lymphatico-purulente, ou parsemé de petits abcès; dans certains cas, il est en partie détruit; le système vasculaire est plus apparent, plus développé que

(1) Ce médecin raconte qu'une fille de 14 ans, fut prise d'une fièvre aiguë, avec douleur à la partie supérieure du bras et de l'épaule, et d'un côté de la poitrine; il y avait des défaillances, de l'oppression, impossibilité de se coucher sur le côté droit, pouls intermittent, toux forte. Ces accidens duraient depuis quatre semaines quand la malade mourut d'hémopthisie. A l'ouverture du cadavre on trouva la plèvre adhérente au péricarde et au diaphragme, les poumons et le cœur étaient d'une couleur blanche, et ce dernier viscère tellement consumé par la suppuration, que les faisceaux fibreux des oreillettes étaient comme disséqués, et pouvaient être facilement séparés les uns des autres.

(2) Meckel, *loc. cit.*

dans l'état ordinaire, et paraît atteint aussi de la phlegmasie des autres tissus. En considérant le cœur entier dépouillé du péricarde, il offre à sa surface la couleur d'une graisse pâle, jaunâtre, quelquefois un peu livide. Cette matière comme graisseuse semble remplir les interstices des fibres musculaires, qui en géneral sont peu apparentes, en raison de leur ténuité et de leur pâleur; les parois de l'organe se déchirent par le moindre effort, et il n'est pas besoin d'exercer sur elles une forte pression pour les réduire en bouillie. Les cavités du cœur sont presque toujours, dans ce cas, remplies de sang coagulé. Les observations de gangrène du cœur, citées par Corvisart, paraissent être des exemples de la lésion qu'on vient de décrire, portée au plus haut degré. On a peu ajouté, depuis Corvisart, à l'histoire anatomique de l'inflammation de la substance propre du cœur (1) : quant aux caractères symptômatiques de la maladie, il serait encore bien difficile aujourd'hui d'en assigner quelques-uns qui pussent la faire distinguer de la péricardite.

II. L'inflammation de l'enveloppe extérieure du cœur et celle de sa propre substance ne sont pas les seules dont ce viscère puisse être affecté. La phlegmasie des artères coronaires, et surtout celle de la membrane interne du cœur et des gros vaisseaux, sont tout aussi importantes à étudier, quoiqu'elles soient encore bien moins connues. C'est un devoir pour nous de traiter ce sujet avec quelque détail, car les notions qu'on possède à cet égard sont des conquêtes toutes récentes de l'anatomie patho-

(1) A moins que l'on rapporte à cette affection les ramollissemens décrits par Laennec; ce qui semblerait assez naturel à l'égard de ceux qui se présentent avec une coloration plus intense que celle qui est ordinaire à l'organe, mais qui serait peut-être un peu hasardé pour les cas où le tissu du cœur était d'une couleur jaunâtre et plus tenace que dans l'état naturel.

logique. Avant la publication de l'excellent ouvrage de Kreysig, ce point de pathologie n'existait, pour ainsi dire, pas encore, ou du moins les élémens en étaient dispersés; et MM. Bertin et Bouillaud ont été les premiers, en France, qui en aient traité avec quelque étendue. Nous sera-t-il permis de remonter jusqu'à Meckel l'ancien, à qui nous devons l'observation remarquable d'une inflammation ulcéreuse qui avait détruit dans toute son étendue la membrane interne de l'aorte, et à Haller, de qui nous pouvons citer une observation analogue.

Baillie a vu, *dans l'état d'inflammation*, les valvules couvertes d'une couche de la partie coagulable du sang (1).

M. Portal a souvent observé des cœurs dont les vaisseaux étaient tellement pleins de sang, qu'ils paraissaient injectés jusques dans leurs dernières ramifications; et dans certains cas, cet engorgement sanguin, qu'il reconnaît pour une inflammation, se bornait à la membrane interne d'une ou de plusieurs cavités du cœur (2); d'autres fois, il l'a vu s'étendre dans l'aorte.

Chez un jeune homme qui mourut d'une rougeole *rentrée*, l'aorte thoracique était rouge dans toute sa circonférence, les parois en étaient molles et boursoufflées, et parcourues, près du diaphragme, par des vaisseaux comme variqueux; la membrane interne de l'artère était épaissie et ramollie. Récamier, Hodgson, Ribes, Laennec, Bertin et beaucoup d'autres ont publié des observations analogues, sur lesquelles nous reviendrons en parlant de l'inflammation des artères. Nous ne dirons non plus ici que peu de chose des ulcérations de la surface interne du cœur. Ce genre d'altération, dont on trouve de nombreux exemples dans les recueils académiques et

(1) *Anat. pathol.*, p. 33.
(2) *Anat. méd.* T. III, p. 77, 128.

les traités généraux d'anatomie pathologique, a été observé et décrit avec soin par Laennec, Rostan, Blaud, Scoutetten, Bertin et Bouillaud; mais quelques-unes des observations de ces médecins trouveront mieux leur place à l'endroit où nous parlerons des perforations et des ruptures du cœur. Il n'est pas rare de rencontrer la tunique interne du cœur recouverte d'une fausse membrane ou d'une masse polypiforme assez fortement adhérente pour qu'il soit plus difficile de l'en séparer que de détruire les adhérences qui l'attachent à la paroi qu'elle tapisse. L'existence de ces fausses membranes est un phénomène de la plus grande importance, et qui jette beaucoup de lumière sur la formation de ces productions morbides qu'on désigne sous le nom de polypes du cœur. Les observations d'anatomie pathologique permettent, en effet, d'en suivre les développemens successifs, depuis l'époque où elles ne consistent qu'en une couche amorphe de lymphe coagulable, jusqu'à celle où elles se présentent avec les principaux caractères de l'organisation (1).

(1) La doctrine qui attribue la formation des concrétions polypiformes à une exsudation inflammatoire est toute récente; mais ce qui ne l'est pas, c'est l'opinion qui consiste à les considérer comme des productions antérieures à la mort, et qui peuvent occasionner par elles-mêmes des accidens plus ou moins graves. Bartholetti et Pissini les comparent aux polypes de l'utérus et des fosses nasales. Tulpius (*Obs. méd.*, L. I, c. 72), et un grand nombre de médecins adoptèrent cette opinion. Une expérience de Kerkring (*spicileg. anat.*), lui fit perdre la plupart de ses partisans. Cette expérience consistait à déterminer instantanément la formation de concrétions, toutes pareilles, en injectant de l'acide sulfurique dans les veines d'un animal vivant. Toutefois Malpighi (D. *de polyp.*), Manget (*Biblioth. anat.*), Pechlin (*Obs. phys-méd.*), Peyer (*Méth. hist. anat. méd.*), F. Hoffmann (*Syst. méd. rat.*), J.-B. Fantoni (*Obs. anat. méd.*), n'en continuèrent pas moins à considérer les polypes comme des productions morbides auxquelles on devait attribuer dans certains cas des symptômes graves et la mort même; et l'objection de Kerkring se trouva

Corvisart (1) a vu, dans un cœur dont le ventricule droit était affecté d'un anévrysme avec amincissement des parois de l'organe, ce ventricule doublé, dans tous les points de sa surface interne, d'une couche lymphatique blanche, épaisse, fibreuse, et ayant une tenacité singulière; cette substance, enlacée avec les colonnes charnues, avait contracté des adhérences si intimes avec ces parties, qu'elle semblait faire corps avec elles, et qu'il était très-difficile de les séparer entièrement. Le sang contenu dans cette poche polypeuse était moitié diffluent et moitié coagulé. On pouvait vider la cavité des caillots qui y étaient contenus, la bien laver, et voir la surface interne

éludée par la distinction qu'on fit des polypes en vrais et en faux. Les premiers étaient ceux qui paraissaient avoir une texture celluleuse, les autres, ceux qui n'avaient que peu de consistance. Senac et Morgagni soumirent ces opinions diverses à l'épreuve de la critique et restreignirent beaucoup l'importance qu'on avait attribuée aux concrétions polypiformes. Lieutaud *(Précis de la méd. prat.)* alla jusqu'à en nier l'existence, et affirma que dans l'espace de trente ans il avait bien vu des caillots de sang, mais jamais des concrétions qui méritassent une telle dénomination. Pasta, dans un ouvrage souvent cité *(De sanguine et sanguineis concretionibus)*, s'efforça de démontrer que jamais les polypes du cœur ne se forment qu'après la mort ou dans les derniers instans qui la précèdent; mais il trouva dans Borsieri *(Inst. méd. pract.* V, IV, p. 305) un vigoureux antagoniste, et la question resta indécise et continua à partager les esprits. Si Baillie *(Anat. pathol.)*, Bichat *(Anat. gén.)* et Wetter *(Anat. pathol.)* n'attribuent aucune valeur aux concrétions polypiformes, Cheston, *(Journ. méd. de Lond.*, 1785), Kinglake *(ibid.*, 1789), Thomann *(Annal. inst. clin. virceb.)*, Harles, Wichmann et la plupart des médecins allemands y attachent la plus grande importance. Corvisart, Burns et Testa reconnaissent que des concrétions polypeuses peuvent se former pendant la vie et occasionner des symptômes divers, mais ils nient qu'aucun signe caractéristique puisse en faire reconnaître sûrement l'existence. Kreysig a soumis toutes ces opinions et la plupart des faits connus à un examen approfondi *(Op. cit.*, T. IV, p. 194)

(1) *Op. cit.*, p. 476.

de la couche polypeuse, qui était lisse et à peine teinte par le sang qu'elle renfermait auparavant.

Burns (1) rapporte un cas parfaitement analogue. A l'ouverture du cadavre d'une fille de dix-huit ans, il trouva le côté gauche du cœur dilaté, particulièrement l'oreillette, dont la surface interne était tapissée par une couche de lymphe plastique, floconneuse. Les valvules étaient dans un état morbide, mais non ossifiées.

Tout ce qu'on sait de l'inflammation des membranes séreuses prouve bien que de telles concrétions ne pouvaient être que le produit d'un travail phlegmasique. Eh bien! des traces évidentes d'un travail de cette nature se montraient, dans d'autres cas, avec des concrétions d'une texture beaucoup plus avancée. Burns (2) donne deux observations de polypes formés de couches concentriques renfermées dans une enveloppe membraneuse. Les pédicules de ces tumeurs étaient entrelacés avec les colonnes charnues, et la surface interne de l'oreillette, où elles adhéraient très-fortement, était rude, inégale, et comme dépouillée de sa membrane interne. Un chirurgien cité par Burns, trouva, dans le ventricule droit du cœur d'un sujet qui avait succombé à l'inflammation chronique la mieux caractérisée de cet organe, un polype volumineux adhérent aux colonnes charnues au point de faire corps avec elles, parfaitement organisé et présentant une structure lamelleuse. Dans un autre cas, Burns trouva dans le ventricule gauche une concrétion polypeuse d'un pouce de long, naissant sur la cloison ventriculaire, d'où l'on ne pût l'arracher qu'avec la membrane à laquelle elle adhérait. Tout autour du pédicule, cette membrane offrait une surface inégale, où l'on remarquait un réseau

(1) *Op. cit.*, p. 206.
(2) *Op. cit.*, p. 23.

vasculaire très-développé. Dans l'intérieur même du polype était un abcès qui contenait une cuillerée à café d'un véritable pus.

Kreysig (1) cite plusieurs autres faits analogues; et, soumettant la plupart de ceux qui ont été publiés avec des détails suffisans à une discussion approfondie, il en vient à reconnaître la nécessité d'admettre une phlegmasie de la membrane interne du cœur, qui, comme l'inflammation croupale, peut donner lieu à la formation d'une fausse membrane; il suit cette lymphe plastique dans les perfectionnemens successifs par où elle passe, et il est conduit, par des degrés insensibles, jusqu'à ces polypes laminés ou celluleux, qui sont presque analogues avec ceux des membranes muqueuses (2). Nous regrettons de ne pouvoir

(1) T. III, p. 125.

(2) Huxham a vu la cardite polypeuse régner comme épidémiquement sur l'équipage de deux vaisseaux. Nous rapporterons un fragment de la curieuse dissertation qu'il a insérée sur ce sujet dans les *Transactions philosophiques* de 1742 :

Tempestate maxime sicca frigidaque mensis februarii et martii prœterlapsi, nautarum varii navibus bellicis, ab India Occidentali advecti tussi brevi, importuno, asthmatico absque ullâ exscreatione, afficiebantur. Aderat violenta et fere continua cordis palpitatio, cum perpetuo intermittente, tremulo, formicante pulsu et perpetua anxietate, dolore et cordis lapsu. Spiritum maximâ cum difficultate trahebant, et vix lectulo jacere absque suffocatione poterant. Humeris quasi innitebantur capita, et facies erat pallida et tristis. Lateris dolore affligebantur nonnulli, licet vix ulla appareret febris. Plùsquam viginti homines tali modo versus mensis martii finem brevi temporis spatiò è vivis tollebantur, licet sanguine detrahendo, vomendo, vesicatoria applicando, attenuando, diluendoque omnis adhiberetur curà et opera. Quo facto, ut bina mortuorum, quadraginta circiter annorum, cadavera mox dissecarentur, imperabat Dom. Wyatt, chirurgus nosocomii primarius. Quorum quolibet in corde, polypos reperiens monstrosos, ea directe propriam in domum reportabat, mihique omnem rem referebat, ubi cuncta sollicitè disquirebamus. Polyporum color satis prope ad colorem accedebat corii in superficie sanguinis ex corporibus summa pleuritide vel rheumatismo affectis emissi penitusque frigifacti effecti, vel potius eo erat

faire connaître ici les puissantes raisons sur lesquelles Kreysig fonde sa doctrine, nous ajouterons seulement, à l'exposition des faits qui précèdent, quelques considérations qui se présentent naturellement. On sait d'abord que l'un des effets les plus remarquables de l'inflammation traumatique des artères, est le dépôt, à la surface interne de ces vaisseaux, d'une lymphe coagulable. On reconnait, depuis long-temps, à ce produit d'une exsudation inflammatoire, la propriété de s'organiser; mais il serait contraire à toutes les lois connues de la physiologie de supposer qu'il pût se former immédiatement, dans la masse du sang, une matière organique nouvelle; il le serait encore plus d'imaginer qu'une matière ainsi formée pût contracter une adhérence intime avec les parties voisines et faire corps avec elles. D'un autre côté, à la suite des maladies survenues sous l'influence des mêmes causes, qui ont présenté les mêmes symptômes, ont suivi la même marche, on a trouvé, tantôt des désordres re-

---

albidior. Valdè erant tenaces atque variis laminis arctius inter se connexis compositi videbantur, quamquam sparsim vena quasi sanguifera erat interspersa. Non carneis solum columnis cordis firmiter adhærebant, sed usque ad intercolumnia quoque vel sulcos progredientes hi non minus quam ipso ventriculorum fundo fortiter inserebantur, quœ radices, si ita nominare licet erant albidiores quam polypi corpus. Polyporum alter (ex corde Jeremiæ Manning extractus) unciæ pundus æquebat, ramis in arteria pulmonari atque cava exclusis, sed prouti ex auricula et ventriculo dextro eximebatur. Erat enim massa continua utrisque fortiter adhærens. Cordis ex ventriculo sinistro extractus polypus non minus insignis, et multo firmior et compactior quam is dexter ast ejusdem omnino erat coloris atque ventriculi lateribus usque ad cordis mucronem firme inhærebat, etc., etc. (J. Huxami, Opera physico-medica, ed. G. Ch. Reichel. Lips. 1773, t. III, p. 50,)

On peût voir des observations analogues publiées par Rigacci (*Antologie de Florence*), *Archiv. gén. de Méd.*, tom. XVII, p. 276, et par M. Fabré-Palaprat, *Lancette française*, tom. II, N.° 46.

connus par tout le monde pour des traces d'inflammation, tantôt des fausses membranes plus ou moins organisées ou des concrétions polypeuses.

Mais si l'adhérence de ces concrétions à la membrane interne du cœur ou des vaisseaux est la plus forte preuve qu'on puisse donner de leur formation par exsudation inflammatoire, faudrait-il toujours chercher une autre origine aux masses polypeuses qu'on trouve flottant librement dans le cœur ou dans les artères? Peu de personnes sans doute seraient portées à répondre par l'affirmative, si nous pouvions reproduire ici la discussion où Kreysig est entré à ce sujet; mais cela nous entraînerait trop loin, et nous écarterait de notre plan, car jusqu'ici l'anatomie pathologique n'a point découvert de caractères fixes auxquels on puisse toujours distinguer les polypes inflammatoires des concrétions sanguines spontanées. Qu'on réfléchisse seulement que la fausse membrane du croup peut se détacher de la surface où elle a pris naissance, sans y laisser de trace de son séjour; et que la maladie dont nous nous occupons peut se présenter, dans le cas d'adhérence et de liberté des concrétions, avec des symptômes tout-à-fait identiques. Notons enfin qu'au jugement de Kreysig, la concrétion polypeuse, produit de la maladie, n'est point, en thérapeutique, la chose essentielle à considérer, mais bien la lésion dynamique du cœur; quoiqu'il soit vrai de dire que ce produit en aggrave toujours le danger, et qu'il peut devenir funeste par lui-même, en mettant un obstacle mécanique au cours du sang.

On peut rapprocher des observations précédentes plusieurs faits fort curieux consignés dans une bonne dissertation soutenue en 1827, par M. Legroux, (1) quoique

---

(1) *Recherches sur les concrétions sanguines dites polypiformes, développées pendant la vie.*

l'auteur se soit plus attaché à décrire les concrétions polypeuses et quelques-unes des altérations qu'elles peuvent subir, qu'à dévoiler le mécanisme de leur formation.

(*La suite à un prochain Numéro.*)

Observations sur plusieurs affections de l'utérus et de ses annexes; par M.* DANCE, *agrégé à la Faculté de Médecine de Paris. (II.e article.)

Ob. IX.e — ***Masse polypeuse énorme, prenant insertion vers le bas-fond de la matrice dans une étendue circulaire de 3 pouces de diamètre, offrant la même organisation que le tissu utérin; douleurs expulsives semblables à celles de l'accouchement et prises pour telles; hypertrophie considérable de l'utérus.*** — Une femme âgée de 47 ans fut apportée à l'Hôtel-Dieu le 22 octobre 1825; elle était, disait-on, en travail d'enfantement depuis plusieurs jours; un chirurgien qui la soignait en ville avait fait plusieurs tentatives infructueuses pour la débarrasser; il pensait que le placenta s'insérait à l'orifice interne du col de l'utérus, ainsi qu'il nous l'apprit lui-même le lendemain dans une visite qu'il rendit à la malade. Nous la trouvâmes dans un état vraiment déplorable: ses yeux étaient caves, sa face blême et terreuse, son corps amaigri, ses chairs flasques. A l'hypogastre on sentait une tumeur dure et régulièrement arrondie qui s'élevait du fond du bassin et remontait au-delà de l'ombilic en s'inclinant un peu à droite; sa forme, sa situation, son volume rappelaient le développement qu'acquiert l'utérus au huitième mois de la grossesse. Une odeur infecte s'exhalait du vagin, dans le fond duquel on rencontrait une masse fongueuse, convexe en avant, ramollie à tel point qu'elle se laissait

pénétrer facilement par le doigt et sans que la malade témoignât la moindre douleur. Un petit lambeau qui s'en était détaché, paraissait avoir la structure spongieuse du placenta, mais sa trame était fibreuse et assez résistante. Cette masse remplissait exactement le fond du vagin, de sorte qu'il était impossible de faire pénétrer le doigt jusqu'au col de l'utérus; en la soulevant du bas en haut on imprimait des mouvemens de totalité à la tumeur qui occupait l'hypogastre; du reste la malade était profondément abattue, et par intervalles assez rapprochés, elle éprouvait des douleurs expulsives avec resserrement du globe utérin comme il arrive dans l'accouchement naturel.

Suivant son rapport il y avait cinq ans qu'elle n'avait point eu d'enfans; depuis cette époque elle était sujette à des pertes en rouge, et depuis cinq mois ces pertes étaient continuelles; enfin dans ces derniers temps, elle avait été prise des douleurs dont nous venons de parler. Ces renseignemens positifs, l'âge de la malade, son état de dépérissement éloignaient toute idée de grossesse.

Le lendemain, la masse en question était plus abaissée et plus rapprochée de la vulve, elle remplissait la moitié supérieure du vagin. Nous fîmes quelques tentatives pour l'attirer plus bas, mais les tractions ne produisaient en elle aucun déplacement, et les parties saisies se déchiraient sous les doigts; la même odeur s'exhalait de la vulve. (*Une potion tonique fut administrée.*)

Le 3.ᵉ jour, de fortes douleurs suivies de contractions du globe utérin poussèrent ce corps fongueux jusqu'à l'entrée de la vulve; de nouvelles tentatives furent faites pour en opérer l'extraction, mais on n'amenait que des lambeaux putrides détachés de sa surface; enfin cette malheureuse femme a succombé le 4.ᵉ jour, dans le plus grand état de prostration et d'affaissement.

Ouverture du cadavre au bout de 24 heures. — Le bas-fond de la matrice dépassait l'ombilic de deux pouces; cet organe avait en totalité le même volume et la même forme que dans une grossesse approchant de son terme; les ovaires étaient accolés contre ses parties latérales ; les trompes s'inséraient au tiers supérieur de sa hauteur; les ligamens larges étaient entièrement effacés. La vessie formait au-devant de l'utérus une tumeur secondaire moins volumineuse que la précédente, provenant de la stase des urines dans sa cavité, par suite de la compression de l'urètre. La portion du péritoine qui tapisse le fond du bassin, contenait quelques fausses membranes délayées dans une certaine quantité de sérosité purulente.

Ces choses étant examinées, nous avons fendu l'utérus par sa face antérieure : alors a paru à découvert l'énorme production polypeuse dont voici la description : elle s'implantait au fond même de l'utérus dans un espace circulaire de trois pouces de diamètre, se prolongeait ensuite dans la cavité de cet organe et dans celle du vagin qu'elle remplissait exactement, envoyant en outre un appendice qui pendait hors de la vulve sous forme de lambeau déchiré; ce dernier prolongement était sorti pendant la nuit qui avait précédé la mort de la malade. Le volume de cette masse polypeuse égalait celui du bras d'un adulte; un rétrécissement circulaire assez profond, correspondant à l'orifice du col utérin, marquait la séparation des portions contenues dans la matrice et dans le vagin. Cette production avait du reste la même couleur, la même consistance et la même structure que le tissu de la matrice; mais à sa surface elle était noire, mollasse, pénétrée des fluides. La portion qui était contenue dans le vagin ressemblait à un fongus ramolli, gorgé d'une sanie putride et répandant une odeur infecte; de gros vaisseaux se voyaient dans son épaisseur. L'utérus était dans un véritable état d'hy-

pertrophie; ses parois avaient sept à huit lignes d'épaisseur dans la majeure partie de leur étendue, son tissu était ferme, résistant et creusé d'un grand nombre de vaisseaux. Ses veines en particulier avaient triplé de volume; sa face interne offrait une couleur noirâtre, mais sans ramollissement de sa substance. Il n'existait d'ailleurs aucune lésion dans les autres organes.

D'après les détails dans lesquels nous venons d'entrer, il est facile de voir que cette masse polypeuse n'était point une simple végétation de la surface interne de l'utérus, ni un corps fibreux développé dans sa substance, mais une véritable production du tissu même de cet organe, dont les fibres semblaient s'être alongées pour lui donner naissance; elle avait une organisation identique à celle des parois de la matrice; la couleur noirâtre et le ramollissement qu'elle présentait à sa surface dépendaient uniquementd e l'étranglement qu'elle avait subi lors de son passage à travers le col de l'utérus et par suite de la stase et de la décomposition putride des fluides qu'elle contenait.

Une particularité sur laquelle nous appellerons l'attention, c'est que la substance de l'utérus; loin d'être atténuée et amincie par l'énorme dilatation qu'elle avait subie, offrait au contraire une consistance et un accroissement fort remarquables. Tandis que d'autres productions anormales connues également sous le nom de polypes, dilatent les parois de cet organe et les réduisent quelquefois à la tenuité d'une membrane, celle-ci avait augmenté leur nutrition dans un degré comparable et même supérieur à celui qui a lieu pendant la grossesse, ce qui prouve que tout le systême utérin participait à cet état d'hypertrophie.

Nous avons vu en outre que cette masse polypeuse s'implantait au bas-fond de la matrice, dans une étendue exactement circulaire, comme il arrive ordinaire-

ment pour l'insertion du placenta, qu'elle paraissait avoir succédé à un dernier accouchement qui avait eu lieu depuis cinq ans, car il existait des pertes depuis cette époque. En rapprochant ces circonstances, serait-il déraisonnable de penser que le polype a pris naissance sur la surface placentaire dont il avait la forme à son point d'implantation, et que les sinus-utérins, continuant à recevoir une certaine quantité de sang comme pendant la grossesse, se sont eux-mêmes prêtés à ce développement contre-nature? Ne pourrait-on pas expliquer aussi l'analogie de structure qui existait entre cette production et les parois de l'utérus?

Quoi qu'il en soit, cette observation est un exemple frappant des erreurs dans lesquelles on peut tomber en matière de diagnostic, lorsque, négligeant certaines circonstances importantes d'un fait, on est déterminé dans son jugemnet par d'autres circonstances qui, bien que vraisemblables, sont en opposition avec les premières. Admettons en effet que le développement et la forme de la matrice, la succession régulière des douleurs, en aient imposé d'abord pour une grossesse arrivée à son terme; mais cet état avait été précédé par des pertes anciennes et abondantes, la malade était tombée dans une faiblesse et un amaigrissement progressifs; elle était arrivée à un âge où la fécondité est extrêmement rare; admettons encore que l'existence d'un corps spongieux à l'entrée du col utérin ait pu faire croire à la présence d'un placenta greffé à l'orifice de la matrice; mais alors chaque douleur, chaque contraction du globe utérin eût produit un écoulement de sang dépendant du décollement graduel de ce placenta, des tractions répetées auraient achevé ce décollement. En examinant la valeur de ces données, sans parler de beaucoup d'autres, on aurait rejetté bien loin l'idée d'une grossesse; d'ailleurs si les phénomènes qui ont

existé dans les derniers temps, ont présenté quelques ressemblance avec ceux de l'accouchement, c'est que la masse polypeuse a joué, pour ainsi dire, le rôle d'un fœtus à terme; après avoir dilaté le corps de la matrice, elle s'est préparée une issue en amincissant le col de cet organe, comme il arrive à la fin de la grossesse; son expulsion devait alors s'opérer par un mécanisme analogue à celui du produit de la conception.

Mais existait-il un traitement efficace à opposer à cette maladie dans l'état où nous l'avons observée? La résection ou la ligature du polype étaient-elles praticables? Il suffit de se rappeler le siège et la large base de son implantation, pour se convaincre de la difficulté et même du danger de ces opérations dans cette circonstance. De nombreux vaisseaux ouverts auraient, dans le premier cas, exposé à des hémorrhagies presque inévitables; dans le second cas, la décomposition putride s'emparant de la portion du polype située au-dessous de la ligature, aurait eu des résultats d'une autre nature, mais tout aussi graves. Les polypes pédiculés sont les seuls facilement attaquables par ces moyens, et lorsqu'ils prennent naissance dans la cavité de l'utérus, il est encore nécessaire que l'orifice de cet organe soit assez dilaté pour permettre l'introduction des instrumens.

Obs. X.ᵉ — Corps fibreux développé dans le centre des parois de la matrice; traces d'inflammation autour et dans l'épaisseur de cette production avec collection purulente dans la cavité qu'elle s'était creusée. — Une femme âgée de quarante-deux ans fut apportée à l'Hôtel-Dieu dans le courant du mois de juin 1826; elle était dans un tel état de faiblesse qu'elle ne put fournir que des renseignemens peu circonstanciés sur sa position. Nous apprîmes toutefois que ses règles avaient cessé depuis quatre ans et avaient été remplacées par des fleurs

blanches abondantes accompagnées de douleurs et de malaise presque continuels dans le bas-ventre, qu'enfin depuis quelques jours elle avait été prise de fièvre et de vomissemens de matière verdâtre.

Elle était dans l'état suivant : amaigrissement général, face pâle et nuancée de jaune, douleurs aiguës et continuelles vers la région hypogastrique, crampes dans les cuisses, tiraillemens dans les aînes, urines rares, épaisses, rendues parfois involontairement ; tumeur dure et arrondie faisant saillie au-dessus du pubis et paraissant faire corps avec la matrice. Par le toucher pratiqué dans le vagin, le col de l'utérus fut trouvé régulier et parfaitement sain ; mais le corps de cet organe parut volumineux et très-pesant ; du reste le pouls était petit, fréquent, la peau chaude, et tout indiquait une maladie aiguë en activité. (*Les émolliens locaux et généraux furent employés*). Le 5.e jour, la malade succomba : elle avait éprouvé des vomissemens presque continuels depuis son entrée à l'hôpital, les douleurs abdominales s'étaient exaspérées ; sur la fin les membres se refroidirent, le pouls devint insensible.

Ouverture du cadavre vingt-quatre heures après la mort. — La matrice avait le volume d'une tête de fœtus à terme, elle représentait un ovoïde assez régulier dont la grosse extrémité répondait à son bas-fond et dépassait de deux à trois pouces le rebord supérieur du pubis. Son col était sain et ne présentait aucune trace de ces fentes ou déchirures qu'on regarde ordinairement comme les indices de grossesses antécédentes ; les lèvres du museau de tanche étaient exactement rapprochées. Une incision ayant été faite sur la paroi antérieure de cet organe, le bistouri a pénétré aussitôt dans un foyer purulent d'où s'est écoulé un liquide blanchâtre, sanieux, opaque, consistant et répandant une odeur assez forte. (La quantité

de cette matière peut être estimée à huit ou dix onces); en même temps les parois de la matrice se sont affaissées par l'évacuation de cette matière, et dans le fond du foyer a paru à découvert un corps dur, inégal, qui, de prime-abord a été l'objet de plusieurs conjectures. Voici toutefois ce qu'il en était : 1.° Dans l'épaisseur des parois qui composent la moitié latérale droite de la matrice, existait une cavité capable d'admettre le poing, dans l'intérieur de laquelle était contenue une production charnue de forme irrégulière, séparée à sa surface en trois lobes inégaux par autant de dépressions, et présentant quatre pédicules étroits et courts, au-delà desquels il était entièrement libre d'adhérences. L'espace intermédiaire était rempli par la matière purulente dont il a été question. Cette production avait la structure de celles auxquelles on a donné le nom de corps fibreux; son intérieur présentait un amas de fibres circonvolutées sur elles-mêmes; sa consistance était médiocre, sa couleur d'un rouge assez foncé, comme si elle eût été le siége d'une congestion sanguine et d'un travail inflammatoire. 2.° La poche qui contenait cette espèce de polype était inégale, recouverte de fausses membranes et d'un pus concret; ses parois étaient d'autant plus minces qu'on s'approchait davantage du bas-fond de la matrice, où elles avaient à peine une demi-ligne d'épaisseur, et présentaient déjà les traces d'un ramollissement qui aurait eu pour résultat l'évacuation prochaine de la matière purulente dans la cavité du péritoine. 3.° Un stylet introduit dans le col de l'utérus, n'a pénétré qu'en se dirigeant obliquement vers la paroi latérale gauche de cet organe, dont la cavité avait été fortement refoulée dans le même sens et ne ressemblait plus qu'à un sinus étroit et alongé; du reste une cloison de deux lignes d'épaisseur séparait entièrement la cavité de l'utérus de celle qui contenait le corps fibreux.

Ce fait n'a guère d'autre mérite que celui de la rareté de la lésion qui s'y trouve décrite; sous le rapport des symptômes il manque de détails nécessaires pour en faire une observation vraiment instructive. Nous allons cependant en déduire quelques réflexions qui ne nous paraissent pas dénuées d'intérêt. Nous dirons d'abord que c'est le seul cas dans lequel nous ayons vu du pus ramassé en foyer de certaine dimension dans l'épaisseur des parois de la matrice; nous n'ignorons pas que les anciens regardaient ces abcès comme assez fréquens à la suite des inflammations utérines; mais les nombreuses observations que nous avons recueillies à ce sujet ne nous ont montré rien de tel; l'exemple qui vient d'être rapporté prouve seulement que les corps fibreux de la matrice peuvent s'enflammer et donner lieu à une suppuration plus ou moins abondante, qui se ramasse dans la cavité même où ils sont contenus. Ce qui se passe alors est bien différent de ce qu'on observe dans une métrite qui se termine par suppuration, le pus s'infiltre d'abord dans le tissu de la matrice, et ne parvient à se réunir en foyer qu'après avoir écarté ou détruit les mailles résistantes de son parenchyme. Règle générale, plus la structure des organes est compacte et serrée, plus les collections purulentes y sont rares. Nous n'ignorons pas encore que plusieurs fois on a vu, dans le cours de certaines inflammations du bas-ventre qualifiées du nom de métrite, du pus s'écouler tout-à-coup et en grande quantité par le vagin, et que dans ces circonstances on a pu croire à un abcès de la matrice; mais avait-on des preuves certaines que le pus s'était formé dans l'épaisseur même de cet organe ou dans sa cavité; qu'il provenait de l'orifice même de son col ou bien d'une perforation du vagin; car des abcès développés dans le tissu cellulaire du bassin et des fosses iliaques peuvent se faire jour à travers les parois de ce canal,

perforer même celles de la matrice et s'écouler par son orifice vaginal, comme si le pus venait directement de la cavité utérine (1).

Mais revenons au sujet de notre observation : les corps fibreux de la matrice sont ordinairement des productions innocentes par elles-mêmes, et compatibles avec une longue vie; ils naissent et se développent sourdement, et peuvent acquérir un grand volume sans produire d'autre incommodité qu'une sorte de gêne et de pesanteur dont la cause est toute mécanique. Le fait qui vient d'être rapporté prouve toutefois qu'il n'en est pas toujours ainsi; soit qu'en augmentant de volume ces productions distendent douloureusement la substance de la matrice, soit qu'elles deviennent le siège d'un afflux sanguin contre-nature, l'inflammation peut s'en emparer et se terminer par une abondante suppuration. Des douleurs aiguës dans le bas ventre, des vomissemens fréquens, une fièvre aiguë, un dépérissement marqué, joints à une augmentation de poids et de volume de l'utérus, ont été les symptômes que nous avons observés dans cette circonstance. Il est probable, comme nous l'avons dit plus haut, que si la malade eut survécu pendant quelque temps, la collection purulente se serait épanchée dans la cavité du péritoine, de là de nouveaux accidens qui se rattacheraient encore à cette inflammation; mais on conçoit que la suppuration pourrait aussi, dans ce cas, se faire jour dans la cavité de la matrice, d'autant plus que les corps fibreux s'échappent quelquefois par cette voie; alors peut-être la maladie se terminerait-elle favorablement?

Voici un cas qui pourrait encore en imposer pour un

(1) Une observation de cette nature a été consignée dans le mémoire que M. Husson et moi avons publié sur les abcès de la fosse iliaque droite. (*Répertoire d'anatomie et de chirurgie*, juillet 1827.)

abcès développé dans la substance même de la matrice, ce fait nous a été communiqué par notre collègue M. le docteur Blache.

Obs. XI.e — Péritonite chronique, collection purulente dans la cavité de la matrice. — Une jeune fille de 8 ans, malade depuis cinq à six mois, fut amenée de la campagne à Paris dans un état desespéré; on la croyait atteinte du carreau, son ventre était volumineux, dur et un peu sensible par la pression. On réclama les conseils de M. Guersent; cet habile praticien reconnut de suite qu'il s'agissait d'une péritonite chronique et non du carreau: l'enfant succomba deux ou trois jours après. A l'ouverture du cadavre, on découvrit en effet les traces d'une inflammation chonique du péritoine: les intestins étaient réunis en une seule masse et comme soudés entre eux par de fausses membranes épaisses, résistantes et de couleur gris-noirâtre; un liquide purulent remplissait l'excavation du bassin et les fosses-iliaques: les ganglions mésentériques étaient dans l'état naturel. La matrice présentait une tuméfaction considérable, elle était développée de haut en bas, et formait un ovoïde assez régulier du volume d'une pomme. Une fluctuation manifeste se faisait sentir à travers ses parois; elle était en effet distendue par un liquide purulent, analogue pour la couleur et la consistance à de la bouillie un peu épaisse. Cette matière s'enlevait avec assez de difficulté, et tout autour de la cavité utérine, dont la surface offrait une couleur d'un rouge-vif, existait une fausse membrane assez épaisse, qui se continuait sans interruption sur l'orifice interne du col. Un liquide de même nature était contenu dans la cavité de la trompe gauche, dont le volume égalait celui du doigt auriculaire, et dans un petit kyste adhérent à l'ovaire du même côté.

La rougeur de la face interne de l'utérus, le liquide puru-

lent contenu dans sa cavité, dénotent une inflammation dont les progrès avaient été considérables. Ce liquide, étant renfermé dans une fausse membrane, n'a pu s'échapper de la cavité utérine qu'il a distendue outre mesure; mais on conçoit que, l'enveloppe pseudo-membraneuse venant à se rompre par suite de cette distension, une effluxion subite de matière purulente aurait eu lieu par le vagin et aurait pu faire croire à un abcès des parois de la matrice, tandis qu'il s'agissait d'une simple collection dans sa cavité.

Obs. XII.° — Cancer du col de l'utérus, tuméfaction et rétrécissement de son orifice vaginal, rétention des fluides sécrétés dans la cavité de cet organe; hydromètre; extension du cancer à la paroi postérieure et supérieure du vagin, perforation de ce canal; péritonite promptement mortelle. — Une femme de petite stature, âgée de 63 ans, mariée à 18 ans, mère de six enfans, avait été réglée jusqu'à l'âge de 53 ans, sans éprouver le moindre dérangement dans sa santé. A cette époque, un écoulement blanchâtre et inodore succéda à l'écoulement des règles, et se prolongea pendant plusieurs années sans aucun accident; mais, arrivée à l'âge de 61 ans, la malade éprouva des pertes fréquentes en rouge et en blanc, bientôt des douleurs se firent sentir dans le fond du bassin; enfin, tous les symptômes du cancer utérin se déclarèrent : amaigrissement, teinte jaunâtre de la peau, écoulement sanieux et fétide par le vagin, douleurs lancinantes dans le bas-ventre. Le col utérin, exploré avec le doigt, fut trouvé parsemé de végétations sinueuses et mamelonnées, que le moindre attouchement rendait saignantes; l'hypogastre était distendu et soulevé par une tumeur arrondie qui semblait faire corps avec la matrice, et recevait tous les mouvemens qu'on imprimait à cet organe par le vagin. Tel était l'état de cette malheureuse femme lorsqu'elle fut soumise à notre observation (juin 1825). Quelques calmans furent administrés.

Le 8.ᵉ jour de son entrée à l'hôpital, elle fut prise tout-à-coup d'un frisson prolongé suivi de chaleur et de fièvre; bientôt des douleurs aiguës se firent sentir dans toute l'étendue du ventre. Le lendemain, envies de vomir et vomissemens répétés; sensibilité du ventre au moindre attouchement; pouls petit, serré, peu fréquent; face grippée. Mort le 3.ᵉ jour, précédée du refroidissement glacial des extrémités et de l'insensibilité du pouls. (*Deux applications de sangsues sur le ventre, plusieurs bains de siége, des boissons émollientes furent employées pendant ces derniers accidens*).

Ouverture du cadavre vingt-quatre heures après la mort. — 1.° Péritonite générale caractérisée par une rougeur pointillée du péritoine, des fausses membranes et une pinte environ de liquide puriforme dans sa cavité. 2.° Le vagin était raccourci et froncé sur lui-même; on voyait, à la partie la plus élevée de sa paroi postérieure, une ulcération à bords fongueux et rougeâtres qui avait entièrement corrodé les membranes de ce canal, en donnant lieu à une perforation qui communiquait dans la grande cavité du péritoine; cette ouverture pouvait admettre facilement le doigt indicateur. 3.° L'extrémité antérieure du col utérin était méconnaissable; la lèvre postérieure n'existait plus, l'antérieure était transformée en un mamelon épais et ramolli; plus haut, la cavité du col était tellement rétrécie par le gonflement de ses parois, qu'il nous a été impossible d'y faire pénétrer un stylet de moyenne grosseur. 4.° Le bas-fond de la matrice dépassait de deux pouces environ le rebord supérieur du pubis; son corps avait quatre pouces et demi de hauteur sur trois et demi de largeur; son volume rappelait celui qui est propre à une grossesse de quatre à cinq mois. Sa cavité contenait une livre environ d'un liquide épais, brunâtre, fétide, dans lequel nageait un corps membraniforme

aplati, dont une des faces présentait la même couleur que le liquide précédent, et l'autre, d'un rouge assez vif, paraissait avoir adhéré en quelques points des parois de la matrice et s'en être détaché récemment. Ce corps avait, par sa forme, quelque ressemblance avec le placenta; mais il ne contenait aucun vestige de vaisseaux, et ne nous a paru être qu'un simple produit inflammatoire. La cavité de la matrice, débarrassée du liquide qu'elle contenait, s'est trouvée partout réticulée et parsemée de colonnes saillantes analogues à celles que présentent certaines vessies; ses parois n'avaient guère qu'une à deux lignes d'épaisseur.

La destruction des parois du vagin par les progrès du cancer de la matrice n'est point une chose rare; mais le plus souvent cette destruction se borne à établir une communication entre la vessie ou le rectum, et non avec la cavité du péritoine, comme nous venons d'en rapporter un exemple. Nous avons cependant observé quatre fois cet accident dans le cours de la même année, et dans tous ces cas, une péritonite subite a mis promptement fin aux souffrances des malades. La connaissance de ce fait doit porter à explorer et toucher avec précaution les femmes qui sont atteintes de cette cruelle maladie; car le moindre effort sur des parties ramollies et désorganisées est capable de produire ou d'achever une perforation déjà commencée.

Un autre fait anatomique qui résulte de cette observation, c'est que, malgré la texture dense et serrée de la matrice, les parois de cet organe sont susceptibles de se dilater peu à peu, à la manière d'une vessie distendue par un liquide; cette dilatation passive a été favorisée, dans le cas dont nous venons de parler, par le gonflement morbide du col utérin et l'occlusion presque complète de sa cavité, d'où sont résultées une stagnation et une rétention des fluides sécrétés

dans l'intérieur de la matrice. C'est d'ailleurs ainsi qu'on peut concevoir la formation des hydromètres, lesquels ne sauraient avoir lieu si un obstacle quelconque ne venait s'opposer à l'effluxion naturelle des liquides qui tendent à s'amasser dans la cavité utérine. Du reste, l'utérus se trouvant comme enclavé entre la vessie et le rectum, il est assez ordinaire, comme nous l'avons dit, que les maladies cancéreuses de cet organe se propagent à l'un ou à l'autre de ces réservoirs, et produisent entre eux des adhérences, des rétrécissemens, des communications qui transforment le vagin en une sorte de cloaque. Nous n'emploierons pas des observations détaillées à faire connaître ces horribles et dégoûtantes infirmités, qui sont malheureusement trop communes pour ne pas être à la portée de tous les médecins; mais nous consacrerons trois observations à l'étude d'un accident qui est assez fréquent, et que la plupart des auteurs ont néanmoins passé sous silence : nous voulons parler de l'obstruction de l'extrémité inférieure des uretères par les progrès du cancer, et de la rétention de l'urine dans ces canaux.

Obs. XIII.e — *Cancer utérin; adhérence et oblitération complète de l'uretère gauche; rétrécissement de l'uretère droit; dilatation de ces canaux au-dessus de l'obstacle; mort précédée de vomissemens abondans.* — Une ouvrière âgée de 64 ans, affectée depuis quinze mois d'un cancer utérin dont les ravages s'accroissaient de jour en jour, succomba tout-à-coup après avoir éprouvé pendant vingt-quatre heures des vomissemens bilieux très-abondans. A l'ouverture du cadavre, nous trouvâmes la vessie vide, étroite, racornie, son bas-fond adhérent intimement à la matrice, le trigone vésical ramolli et transformé en un tissu cérébriforme diffluent qui se continuait sans intermédiaire avec une dégénération semblable du corps et surtout du col de l'utérus. L'extrémité

inférieure de l'uretère gauche était comme perdue au milieu de cette dégénération; on ne retrouvait plus sa cavité; plus haut, il était dilaté de manière à égaler le volume du pouce; ses membranes, amincies et demi-transparentes, permettaient de voir l'urine dont il était distendu; il décrivait plusieurs inflexions anormales avant de parvenir jusqu'au rein. Celui du côté droit avait contracté des adhérences intimes entre la matrice et la vessie; il était également dilaté, mais à un moindre degré que le précédent; sa cavité n'était point entièrement oblitérée et permettait encore l'écoulement de l'urine. Du reste, la dilatation de ces canaux remontait jusques dans les bassinets et même les canalicules rénaux, qui présentaient une ampleur inaccoutumée.

Obs. XIV.e — *Cancer utérin, propagation de la maladie au trigone vésical, d'où est résulté un énorme fongus qui oblitérait complètement l'orifice inférieur des uretères, lesquels étaient dilatés au volume de l'intestin grêle.* — Une femme âgée de 48 ans était arrivée au dernier degré de marasme et de cachexie cancéreuse, lorsqu'elle fut transportée à l'Hôtel-Dieu, où elle mourut le lendemain de son entrée. A l'ouverture du cadavre, la vessie fut trouvée remplie par une masse cancéreuse du volume d'un gros œuf, naissant de la partie postérieure du trigone vésical, arrondie et bourgeonnée dans son contour à la manière d'un choux-fleur, tombant en putrilage par la pression, et composée de matière cérébriforme déliquescente. Il n'existait point d'urine dans cet organe; l'extrémité inférieure des uretères était confondue dans cette masse cancéreuse; on ne retrouvait plus leur embouchure dans la vessie, mais au-delà ces canaux étaient énormément distendus par de l'urine très-limpide; leur volume égalait celui de l'intestin grêle, auquel ils ressemblaient d'ailleurs par les contours et les flexuosités qu'ils

décrivaient; leurs parois étaient tellement amincies qu'ils ne semblaient composés que d'une seule membrane diaphane. Les reins étaient pâles, mais exempts de toute altération. La matrice était unie à la vessie par des adhérences composées d'un tissu lardacé qui se continuaient avec une dégénération semblable de son parenchyme; son extrémité vaginale était entièrement détruite; le rectum ne participait point à ces désordres.

Obs. XV.— *Cancer utérin, adhérences du bas-fond de la vessie avec la matrice; perforation de la cloison vésico-vaginale, oblitération de l'extrémité inférieure des uretères, distension considérable de ces canaux.* — Une femme âgée de 32 ans, mère de plusieurs enfans, fut prise peu à peu des symptômes qui annoncent une désorganisation cancéreuse de la matrice. La paroi antérieure du vagin, explorée avec le doigt, semblait racourcie de moitié, et formait une sorte de plancher dur et résistant; à la place du col utérin on ne trouvait qu'un champignon profondément crevassé; le pouls était petit et faible; la malade se plaignait assez souvent de ne pouvoir rendre ses urines; elle n'a pas tardé à succomber. A l'ouverture du cadavre : adhérences intimes du bas-fond de la vessie à l'extrémité antérieure du corps de la matrice; ulcération cancéreuse sur le trigone vésical; communication fistuleuse étroite partant du centre de cette ulcération et aboutissant dans le vagin; rougeur et épaisissement du reste de la membrane muqueuse de la vessie, dont la cavité contenait une petite quantité de liquide plutôt purulent qu'urinaire; oblitération de l'extrémité inférieure des uretères par suite des adhérences dont il vient d'être parlé; dilatation considérable de ces canaux, qui ressemblaient à des intestins grêles par leur volume et leurs flexuosités, et contenaient une urine aqueuse inodore; amincissement de leurs parois; sub-

stance des reins pâle et mollasse; érosion presque complète du col utérin, dont la surface était parsemée de crêtes friables, rougeâtres, d'une odeur repoussante; ramollissement cancéreux de la partie inférieure du corps de la matrice; induration squirrheuse du tissu cellulaire placé entre cet organe et la vessie.

Il résulte des trois observations que nous venons de rapporter : 1.° que le cancer de la matrice, en se propageant à la vessie, peut donner lieu à des obstacles physiques qui s'opposent à l'écoulement de l'urine provenant des uretères, soit en déterminant des adhérences qui effacent ou diminuent le calibre de ces canaux, soit en obstruant directement leur cavité à l'endroit où ils s'insinuent entre les membranes de la vessie; 2.° que dans ces circonstances, l'urine, stagnant au-dessus de l'obstacle, dilate les uretères en amincissant leurs parois; 3.° que des vomissemens subits et abondans, une diminution dans la quantité de l'urine excrétée ou sa suppression, le racourcissement et l'épaississement de la paroi antérieure du vagin, peuvent faire présumer l'existence de cette complication; 4.° que dans tous les cas, la rétention d'un fluide éminemment excrémentitiel ne peut être sans danger pour l'économie.

Obs. XVI.e — *Grossesse de trois à quatre mois; perforation de la poche des eaux et du bas-fond de la matrice à l'aide d'un instrument acéré; avortement; péritonite consécutive; mort le onzième jour.* — Une fille âgée de 29 ans étant devenue enceinte, et désespérant de pouvoir cacher cet état de grossesse illicite à ses parens, s'adressa clandestinement à une femme qui lui promit de la débarrasser de l'enfant qu'elle portait. Le 3 octobre 1824, elle se rendit chez cette femme, et après quelques manœuvres exercées vers les parties génitales, la malheureuse fille tomba en syncope, perdit connaissance, et ne garda aucun sou-

venir de ce qui s'est passé dans cette circonstance. Elle fut aussitôt ramenée en voiture dans une maison particulière, et ne tarda pas à éprouver des douleurs aiguës mais passagères dans le bas-ventre, accompagnées d'une perte abondante mêlée de caillots de sang. Pendant trois jours ces douleurs se firent sentir avec les mêmes caractères; au quatrième, elles devinrent continues (*Une saignée fut pratiquée*). Plus tard, des vomissemens abondans se manifestèrent, et l'on fut obligé de renouveller deux fois la saignée. Enfin, cette malheureuse fille fut conduite à l'Hôtel-Dieu le 11 octobre, au huitième jour depuis ce triste événement. Elle voulut d'abord cacher la véritable cause de son avortement, mais l'embarras et l'incertitude de ses réponses firent douter de leur exactitude, et nous reçûmes bientôt de sa bouche l'aveu de ce qui vient d'être exposé. Elle était dans l'état suivant : face grippée, yeux caves et cernés, abdomen aplati et affaissé dans sa portion sus-ombilicale, mais soulevé, arrondi, tendu, douloureux par la moindre pression vers la région hypogastrique; vomissemens répétés et accompagnés d'une angoisse inexprimable rapportée à l'épigastre; constipation, excrétion douloureuse de l'urine; extrémités froides; pouls serré, petit et fréquent. (*Saignée de deux palettes, 30 sangsues à l'hypogastre, demi-bain, foment. émol., tisane gommeuse, diète.*) Sur le soir, le pouls parut se relever; le sang retiré de la veine présentait une couenne assez épaisse. Cinquante sangsues sont encore appliquées à l'hypogastre. Le 12, aucun changement favorable; même tension, même sensibilité à l'hypogastre; persistance des vomissemens; toutefois, le pouls présente un peu moins de fréquence que la veille, mais il est toujours petit et serré (*30 sangsues à l'hypogastre*). Le 13, la température des membres se rapprochait davantage de l'état naturel; le pouls avait encore perdu de sa fréquence;

la malade éprouvait des douleurs moins aiguës dans le bas-ventre; mais la face était profondément altérée; l'hypogastre formait une saillie ovalaire, comme s'il eût été soulevé par la vessie distendue outre-mesure. Cependant, le catéthérisme n'a donné issue qu'à une petite quantité d'urine épaisse et trouble (*Même prescription*). Le 14, insensibilité du pouls, froid glacial des extrémités, aspect cadavéreux de la face, mort à midi.

Les révélations qu'avait faites cette malheureuse fille nous engagèrent à examiner soigneusement l'état de la matrice et des organes abdominaux. Voici le résultat de nos recherches : une vaste collection purulente, circonscrite de tous côtés par des adhérences et des fausses membranes, existait entre le rectum et la matrice dans le cul-de-sac que forme le péritoine en se repliant de l'un à l'autre de ces organes. Cette collection était limitée supérieurement par les circonvolutions de l'intestin grêle, dont quelques-unes adhéraient entre elles; inférieurement elle s'enfonçait profondément dans le petit bassin. La matrice avait cinq pouces de hauteur; ses parois étaient plus épaisses, son tissu plus mou et plus vasculaire que dans l'état naturel; son orifice vaginal à demi-béant permettait l'introduction de l'indicateur; à sa face interne et vers le bas-fond on voyait une empreinte rougeâtre circulaire indiquant le point d'insertion du placenta. Du reste, cet organe vu extérieurement et intérieurement ne paraissait point endommagé; mais ayant enlevé quelques fausses membranes adhérentes à ses parois, nous avons aperçu, vers le milieu du bord convexe que représente le bas-fond, une petite tache noirâtre, de forme triangulaire, analogue à celle qui résulte de la piqûre des sangsues, et qu'on aurait prise dans toute autre circonstance pour une simple ecchymose sous-péritonéale. Ayant insinué doucement un

stylet mousse au centre de cette tache, l'instrument a pénétré sans peine jusque dans la cavité de la matrice, et il a été facile de lui faire suivre le même chemin en l'introduisant par cette cavité. L'orifice interne de cette plaie aboutissait au point de la surface utérine où le placenta s'insérait; son trajet était direct; son pourtour noirâtre et légèrement ramolli; mais le reste du tissu utérin était dans l'état naturel. Nous avons vainement cherché si quelque autre viscère de l'abdomen n'aurait pas été perforé par l'instrument qui paraissait avoir dépassé l'utérus; mais les adhérences qui existaient entre ces parties n'ont pas permis de nous en assurer. Du reste, les autres organes étaient dans l'état naturel.

Cet avortement criminel a été l'objet d'un rapport médico-légal qui contenait les conclusions suivantes: 1.° que l'état dans lequel la matrice avait été trouvée annonçait une grossesse de trois à quatre mois et un accouchement récent; 2.° que cet organe avait été perforé d'outre en outre vers son bas-fond par un instrument acéré et triangulaire, ainsi que l'indiquait la forme de la plaie; 3.° qu'enfin, cette lésion avait déterminé l'avortement et, plus tard, la mort de la mère. Ce rapport contenait en outre quelques instructions propres à diriger les recherches de la justice; ainsi, l'instrument dont on s'était servi pour commettre cet acte criminel devait avoir une longueur assez considérable, car la matrice avait été transpercée dans le point le plus éloigné de celui où cet instrument avait pénétré dans sa cavité; le placenta lui-même, et peut-être le fœtus, avaient éprouvé une perforation analogue; de plus, le siége de cette lésion au bas-fond de la matrice, faisait supposer une grande ignorance des dimensions de cet organe aux diverses époques de la gestation. On n'aurait point, en effet, introduit aussi profondément un instrument dangereux, si l'on eût connu la

hauteur de l'utérus au troisième ou quatrième mois de la grossesse, à moins d'admettre qu'on ne se soit trompé sur l'époque véritable de cette grossesse, ou qu'on ait voulu, par cette manœuvre téméraire, tuer le fœtus dans le sein de sa mère et provoquer plus sûrement son expulsion. Quoi qu'il en soit, la blessure de la matrice a été suivie presque immédiatement d'un trouble nerveux, d'un état syncopal, comme il arrive assez souvent à la suite des plaies qui intéressent des organes importans. L'avortement s'est annoncé par une hémorrhagie abondante, qui reconnaissait pour cause le décollement du placenta et, probablement, la lésion de quelques vaisseaux de l'utérus; la péritonite, dont le siége était borné à la cavité du bassin, se dessinait par les symptômes les plus tranchés; la face avait pris le caractère d'expression propre aux inflammations aiguës du péritoine; la portion sous-ombilicale du ventre était gonflée, tendue, douloureuse. Toute médication devenait impuissante contre une maladie non moins grave par ses effets que par la nature de sa cause. L'avortement, considéré en lui-même, survenant brusquement à une époque où le col de l'utérus conserve toute sa rigidité, est un accident presque aussi formidable, en ce qu'il rend pénible, tardive ou incomplète la sortie du fœtus et de ses annexes, expose à des hémorrhagies abondantes, à des inflammations nombreuses. De là vient que les malheureuses qui osent troubler ou détruire l'ouvrage de la nature, deviennent souvent elles-mêmes victimes de leur criminelle imprudence.

Obs. XVII.e—*Hémorrhagie mortelle dépendant de l'insertion du placenta au col de l'utérus.*—Le 17 janvier 1823, on apporta durant la nuit à l'Hôtel-Dieu une femme âgée de 32 ans, enceinte de sept mois environ, éprouvant depuis trois semaines, des pertes abondantes qui se suspendaient momentanément pour reparaître ensuite avec plus d'in-

tensité. Ces pertes étaient accompagnées d'un sentiment de pesanteur dans les reins, de tiraillemens dans les aînes et de douleurs répandues dans toute la cavité du bassin; par leur durée et leur abondance elles avaient réduit cette malheureuse femme à un état de pâleur et de faiblesse extrêmes. On avait employé divers moyens pour se rendre maître de cette hémorrhagie, dont on ignorait sans doute la cause, et ce n'est qu'après ces essais infructueux que la malade fut conduite à l'hôpital, où elle expira peu d'instans après.

L'ouverture du cadavre fut faite le surlendemain. Les tégumens étaient entièrement décolorés, les gros vaisseaux ne contenaient pas une goutte de sang, le cœur lui-même était vide, tous les tissus paraissaient exsangues. L'utérus formait un corps ovoïde légèrement incliné à droite, de 8 à 9 pouces de hauteur, s'étendant du fond du bassin par-delà l'ombilic. Il était immédiatement appliqué contre la paroi antérieure de l'abdomen, reposant en arrière sur le paquet des intestins grêles, borné en haut par le mésocolon et le colon transverses, lesquels étaient refoulés dans la région épigastrique et formaient une espèce de couronne autour du bas-fond de cet organe. Les ovaires étaient appendus immédiatement contre la paroi postérieure latérale du corps de l'utérus, les trompes s'inséraient plus bas que le fond de ce viscère. Une incision ayant été pratiquée sur le milieu de sa face antérieure sans intéresser les membranes de l'œuf, nous avons décollé successivement l'épichorion et le chorion, laissant intact l'amnios dont la transparence nous a permis d'examiner la situation du fœtus environné de ses eaux. Il était dans la première position, la tête en bas, répondant par sa partie postérieure à la cavité cotyloïdienne gauche, fléchi en devant sur lui-même; son développement correspondait à l'époque présumée de la grossesse; il était pâle comme la mère. Le placenta s'insérait à l'orifice même du col utérin, mais de telle sorte

que la plus grande partie de sa surface correspondait à droite et en dehors de cet orifice qui était entièrement effacé et permettait l'introduction de trois doigts réunis. Par derrière on sentait à nu une partie de la surface externe du placenta décollée circulairement dans l'étendue d'un pouce; trois à quatre lignes au-delà et du côté gauche on serait arrivé jusqu'à la marge de ce corps spongieux, et, par une manœuvre très-simple dirigée de ce côté, on aurait pu mettre un terme à l'hémorrhagie et sauver peut-être cette malheureuse femme. Du reste le vagin contenait une grosse masse de sang coagulé, les parois de l'utérus n'avaient pas au-delà de quatre lignes d'épaisseur dans toute leur étendue, mais au voisinage du col elles formaient une lame mince de tissu comme il arrive dans la grossesse à terme.

C'est entre le sixième et le septième mois de la grossesse que les hémorrhagies utérines se sont manifestées; c'est aussi à cette époque que le col de la matrice, presque entièrement étranger jusques-là au développement de cet organe, commence à s'épanouir en formant à son orifice interne une sorte d'infundibulum qui va continuellement en s'aggrandissant et s'amincissant. D'où il suit que le placenta inséré á cet orifice ne pouvant se prêter à cette ampliation, perd graduellement ses adhérences avec les parois de l'utérus, delà des hémorrhagies successives d'autant plus graves qu'elles intéressent la vie de deux individus, et qu'étant un résultat nécessaire du développement de la matrice, chaque jour, chaque heure, chaque moment ajoute à leur gravité. La cause et le mécanisme de ces hémorrhagies étant bien connus, il est facile de voir qu'elles ne peuvent cesser autrement qu'en débarrassant l'utérus du produit de la conception et forçant ainsi les parois de cet organe à revenir sur elles-mêmes et à boucher les vaisseaux qui fournissent le sang. Les règles de conduite

à suivre en pareille circonstance sont exposées dans tous les ouvrages d'accouchement ; nous avons voulu en faire sentir l'urgente nécessité en rapportant l'histoire d'un événement que l'ignorance ou une temporisation mal entendue ont rendu funeste.

*Ob. XVIII.*e — *Kyste multiloculaire de l'ovaire gauche, inflammation sourde et rupture subite en un point de ses parois, avec effusion dans la cavité du péritoine d'une partie des liquides qu'il contenait, péritonite subite dans son invasion et mortelle dans l'espace de 36 heures.* — Une jeune fille âgée de 19 ans, pâle et lymphatique, réglée à douze ans, fut reçue à l'Hôtel-Dieu le 4 octobre 1826. Depuis quatre mois environ, son ventre s'était tuméfié en commençant par la région iliaque gauche; mais plus tard cette cavité avait pris un développement général à peu près uniforme, les régles avaient continué à paraître à leur époque accoutumée, il existait un retard depuis huit jours seulement. La langue était humide, l'appétit conservé; le ventre, bombé, volumineux, paraissait également développé dans tous ses points, et donnait une fluctuation manifeste par la percussion latérale; la pression en était douloureuse seulement au niveau de la fosse iliaque gauche; là on sentait plus de résistance que dans tout autre point. Le lendemain et jours suivans rien de nouveau dans l'état de la malade qu'un sentiment de pesanteur vers la région des reins, lequel, joint au retard des règles, engagea le médecin à faire appliquer une dixaine de sangsues à la vulve. Le 7 et le 8 octobre la malade accuse une forte douleur augmentant par la pression vers la région iliaque gauche; le pouls n'est point fébrile, mais la face présente l'expression de la souffrance. Vingt sangsues sont appliquées sur le point douloureux, le sang coule abondamment, la malade éprouve une demi syncope accompagnée de mou-

vemens convulsifs. Le 10 tout le ventre devient subitement douloureux et sensible par la moindre pression, des nausées et des vomissemens se manifestent, la face s'altère profondément, le pouls est fréquent (*soixante sangsues sont appliquées sur le ventre*). Le 11, face pâle, grippée, yeux caves et cernés, anxieté portée au dernier degré, sentiment de suffocation : la malade peut à peine tirer son haleine et fait avec douleur de longues et tardives inspirations, le pouls est insensible aux artères radiales; les vomissemens se succèdent sans relâche; elle succombe à trois heures après-midi.

Ouverture du cadavre le 13. — Un flot de liquide opaque, inodore, et d'une couleur fauve s'est écoulé aussitôt après l'ouverture de l'abdomen. La surface du péritoine offrait çà et là quelques ponctuations rouges sur lesquelles étaient appliquées des fausses membranes minces et molles. A la partie latérale gauche inférieure de cette cavité on voyait une grande poche à moitié affaissée, naissant du côté gauche de la matrice à la place de l'ovaire que l'on ne retrouvait plus. Cette poche avait le volume d'une tête d'adulte et présentait vers la partie moyenne antérieure de sa hauteur, en un point correspondant à la fosse iliaque gauche, une érosion et une ouverture circulaire de quatre lignes de diamètre, dont les bords étaient usés de dedans en dehors, de manière à indiquer la marche du travail inflammatoire qui lui avait donné lieu. L'intérieur de ce kyste était subdivisé en plusieurs loges de grandeur inégale, séparées par des cloisons irrégulières. La plus grande de ces loges était celle qui s'était ouverte et vidée dans la cavité du péritoine; elle offrait à l'intérieur une couleur rouge foncée, et contenait encore une certaine quantité de liquide épais, bourbeux, blanchâtre, au fond duquel se trouvait du véritable pus; les autres loges étaient remplies par des fluides de couleur

variée; une d'elles, du volume d'un œuf, contenait un liquide noirâtre qui avait teint ses parois de la même couleur; une autre renfermait un fluide séreux et transparent; une troisième, un fluide gélatineux et tremblotant. Enfin, chaque cavité contenue dans le grand kyste semblait avoir secrété un fluide particulier; du reste, l'épaisseur de ce kyste n'était pas le même dans tous les points; elle variait depuis deux lignes à une demi-ligne. La matrice avait un volume et une forme naturels; l'ovaire du côté droit ne présentait rien de particulier; on remarquait dans le vagin des traces assez apparentes de la membrane hymen. Autres organes dans l'état naturel.

Rappelons en peu de mots les points fondamentaux de cette observation, afin d'opposer plus facilement les symptômes aux lésions. Depuis quatre mois le ventre avait subi une augmentation de volume en commençant par la région iliaque gauche, circonstance importante à noter en ce qu'elle seule pouvait amener à la connaissance du siége de la maladie; plus tard en effet, le ventre ayant acquis un développement général à peu près uniforme dans toutes ses parties, on pouvait croire à l'existence d'une ascite, plutôt qu'à celle d'une hydropisie enkystée de l'ovaire, d'autant plus que l'abdomen présentait une fluctuation manifeste. Cette fluctuation a dépendu sans doute d'une exhalation séreuse dans la cavité du péritoine, irrité par la présence de la tumeur enkystée, car les parois de cette tumeur avaient trop d'épaisseur, et chacune des loges qu'elle contenait offrait trop peu de capacité, pour que l'agitation du liquide renfermé dans leur intérieur, ait pu se transmettre distinctement à la main appliquée sur les parois du ventre. Un autre phénomène digne d'attention, consiste dans cette douleur sourde d'abord, puis aiguë en un point fixe de l'abdomen, correspondant à la fosse-iliaque gauche; son siége est évidemment en

rapport avec l'inflammation et l'ulcération d'une des loges du kyste. Cette douleur, répandue subitement dans toute la cavité du ventre, et suivie d'autres symptômes de péritonite, coïncide avec la perforation de cette loge, perforation qui a permis à des fluides irritans de pénétrer à la surface du péritoine. La même chose arrive lorsque par suite des progrès d'une ulcération intestinale ou du ramollissement d'un tubercule au voisinage de la plèvre, il s'établit une communication entre la cavité des intestins ou des bronches avec celle du péritoine ou de la plèvre. Ce triste résultat annonce avec quelle précaution on doit procéder, lorsqu'on a recours à la ponction, et surtout à l'incision pour combattre les hydropisies enkystées de l'ovaire. Ce traitement ne peut être entrepris sans danger, s'il n'existe au préalable des adhérences bien établies entre les parois du kyste et celles de l'abdomen. Dans le doute, la ponction faite avec un trois-quart délié présenterait moins d'inconvénient; mais la division assez fréquente de ces kystes en loges secondaires, la consistance assez grande des liquides ou des matières qu'elles renferment, sont des obstacles à la réussite de cette opération.

Obs. XIX.ᵉ — *Tuméfaction avec engorgement sanguin considérable de l'ovaire droit, exhalation sanguinolente dans la cavité de la trompe du même côté et dans celle du péritoine, lésions survenues après un accouchement laborieux.* — Une couturière âgée de 36 ans, bien constituée, enceinte pour la deuxième fois, fut prise, un mois avant terme, d'une toux fatiguante et, trois à quatre jours avant d'accoucher, de vomissemens verdâtres abondans. Elle fut conduite à l'Hôtel-Dieu, le 9 février 1825, immédiatement après son accouchement qui avait été long et laborieux; les vomissemens n'avaient point cessé; la matrice revenue sur elle-même était dure et comme

flottante à l'hypogastre, le ventre n'était point douloureux. Le 10, vomissemens répétés, coliques et tranchées suivies de l'évacuation de quelques caillots de sang par la vulve, abdomen devenu sensible à la moindre pression dans sa généralité, dur et tendu à l'hypogastre, toux provoquant des secousses douloureuses dans cette cavité, pouls fréquent petit et dur. (*Saignée de 3 palettes, 30 sangsues à l'hypogastre, cataplasmes sur cette région, orge gommé pour tisane*). Le 11, face pâle et décomposée, traits grippés, pouls insensible, membres froids, fluctuation manifeste dans l'abdomen, mort à sept heures du matin, quarante-huit heures après l'accouchement.

Ouverture du cadavre, le 12 : le cœur présentait une hypertrophie notable de son ventricule gauche dont les parois avaient une épaisseur presque double de l'état sain. Le péritoine offrait çà et là un peu de rougeur et contenait plusieurs pintes de sérosité fortement sanguinolente et trouble mais sans mélange de caillots de sang; il n'existait point de fausses-membranes à sa surface. La matrice s'élevait encore jusqu'au niveau de l'ombilic, l'épaisseur de ses parois était d'un pouce environ vers le bas-fond et diminuait insensiblement en se rapprochant du col; sa cavité présentait supérieurement et dans la largeur de la paume de la main des cotylédons sous forme de végétations noirâtres et imprégnées de sang, répondant à l'insertion du placenta; le reste de cette cavité était coloré en brun, son tissu était assez résistant, ses veines dans l'état naturel. L'ovaire du côté droit avait un volume égal à celui du poing; sa couleur était noire tant en dehors qu'en dedans; sa substance ressemblait exactement à celle de la rate; la pression en faisait découler une grande quantité de sang contenu dans les vacuoles de son tissu. La trompe du même côté était, vers le milieu de sa longueur, dilatée en forme de kyste de manière à pouvoir contenir un gros

œuf de poule. Ce kyste, à parois lisses et minces, était rempli de sérosité rougeâtre; il n'offrait point de traces de déchirures; le pavillon de cette trompe était engorgé et pénétré de sang. L'ovaire et la trompe du côté gauche ne présentaient rien de particulier.

Il est difficile d'apprécier la véritable cause de ces exhalations et infiltrations sanguines qui ont eu lieu en même temps dans la cavité du péritoine, dans celle de la trompe, dans l'épaisseur de son pavillon et la substance de l'ovaire. Les efforts de l'accouchement, les contractions répétées de la matrice, les secousses de la toux et des vomissemens, joints à l'état anévrysmatique du cœur, auraient-ils favorisé ces hémorrhagies en déterminant une stase dans la circulation des vaisseaux abdominaux; ou bien le sang contenu dans la matrice après l'accouchement, aurait-il reflué dans la cavité de la trompe et delà dans celle du péritoine? De quelque manière qu'on explique ces accidens, il est bon de se rappeler qu'ils ont été suivis de symptômes promptement mortels; ces symptômes n'ont point différé de ceux de la péritonite qui survient dans les mêmes circonstances, si l'on en excepte la fluctuation abdominale qui d'ordinaire est moins manifeste que dans le cas dont il vient d'être question. Voici du reste une autre observation peu différente de la précédente.

Obs. XX.e — Avortement à trois mois de grossesse, perte pendant dix jours, développement graduel d'une tumeur dans la fosse iliaque droite, fièvre, symptômes de péritonite sur la fin. Kyste ovarique rempli d'un fluide sanguinolent, tuméfaction et infiltration sanguine de l'ovaire. — Une fille âgée de 23 ans, étant devenue enceinte, fut prise, au troisième mois de sa grossesse, et sans cause connue ou du moins indiquée par elle, d'une perte abondante suivie bientôt de l'expulsion d'un

fœtus et de ses annexes. Voulant cacher sa grossesse et l'accident qui lui était survenu, elle ne garda aucun des ménagemens qu'éxigeait sa position; pendant dix jours elle éprouva des coliques suivies d'un écoulement de sang par la vulve. Sentant enfin ses forces s'affaiblir, elle se fit transporter à l'hôtel-Dieu le 2 décembre 1827 : elle était à cette époque pâle et décolorée, se plaignait d'étourdissement et de mal de tête; sa vue était trouble, son pouls petit et faible, le toucher n'indiquait rien de particulier au col de la matrice; la perte s'arrêta par le seul effet du repos dès l'entrée de la malade à l'hopital. Plus tard, le 12 du même mois, elle éprouva un frisson assez fort suivi de douleur à l'hypogastre, où la pression était supportée avec peine; un écoulement blanchâtre avait succédé aux pertes en rouge. (*Petite saignée qui procura un peu de soulagement.*) Les jours suivans, on vit se former peu-à-peu, dans le côté droit et inférieur du ventre, un gonflement dur, arrondi, mal circonscrit et douloureux par la pression ; un état fébrile continu avec paroxysmes sur le soir s'établit en même temps. (*On revint à la saignée, on administra des demi bains*). Le 21, les mêmes symptômes persistant, et la tuméfaction locale du ventre continuant à faire des progrès, plusieurs frictions mercurielles furent faites sur ce point, d'abord avec un demi gros puis un gros d'onguent napolitain. Le 5.ᵉ jour de ce traitement, des symptômes de salivation se manifestèrent : gonflement des gencives, sputation fréquente, haleine fétide; la tumeur de la fosse iliaque n'avait éprouvé aucun changement. Vers le commencement de janvier 1828, la malade s'affaiblit sensiblement, sa peau avait une couleur pâle verdâtre, la fièvre persistait. Le 7 tout le ventre était douloureux et sensible par la pression, du râle sous-crépitant se faisait entendre à la base des poumons, enfin la malade a succombé le 16, dans un état de marasme

avancé, le cinquante-quatrième jour depuis l'avortement.

Ouverture du cadavre faite le lendemain : poumons fortement engoués à laur partie postérieure, cœur normal dans ses dimensions, péritoine recouvert de fausses membranes qui établissaient des adhérenes entre plusieurs circonvolutions intestinales, ne contenant d'ailleurs aucun fluide dans sa cavité. Kyste naissant des partics latérales de l'ovaire droit, ayant le volume de la tête d'un fœtus à terme, à parois épaisses et résistantes, tapissé intérieurement par quelques débris pseudo-membraneux, et contenant un liquide fortement coloré en rouge mais sans caillots de sang. Ce kyste avait refoulé vers le côté gauche du ventre les intestins grèles qui adhéraient entre eux à son pourtour. L'ovaire du même côté, quoique comprimé par la tumeur enkystée, avait un volume double de celui de l'état naturel. Extérieurement et intérieurement il était pénétré de sang comme s'il eût été le siège d'une forte apoplexie. D'ailleurs la matrice était entièrement revenue sur elle même et ne présentait rien de particulier; l'ovaire et la trompe du côté droit étaient dans l'état naturel.

Même incertitude dans cette observation comme dans la précédente sur la véritable cause de cette turgescence sanguine de l'ovaire droit avec formation à son voisinage d'un kyste rempli de sang. Nous ferons remarquer seulement que, dans les deux cas, ces accidens sont survenus après l'accouchement; or, ne peut-il passe faire que, dans ces circonstances, les contractions et le mouvement de retrait de l'utérus, ne permettant plus au sang d'affluer en même quantité dans ses vaisseaux, forcent ce fluide à stagner dans ceux de ses annexes qui n'éprouvent point le même retrait, et que de là résultent des engorgemens sanguins dans les trompes et les ovaires, des kystes par distension de quelques-unes des innombrables vésicules dont se compose ce dernier or-

gane? La formation rapide de ces kystes, comparée avec la lenteur ordinaire de leur dévelopement, semble indiquer une cause de cette nature. Si cette conjecture était fondée, on voit de suite combien il serait avantageux que l'accouchement s'effectuât lentement et sans grande secousse, surtout chez les sujets pléthoriques, et que des évacuations convenables ou des émissions sanguines supplémentaires eussent lieu dans ces circonstances.

Obs. XXI.e — Inflammation du chorion et de l'amnios, fièvre et autres symptômes éprouvés par la mère, avortement au quatrième mois de la grossesse, cessation de tous les accidens après la sortie du fœtus et de ses annexes. — Une journalière âgée de vingt ans, bien conformée quoique d'une petite stature, fut reçue à l'Hôtel-Dieu le 30 septembre 1828 : elle se disait enceinte de quatre mois environ, (c'était sa première grossesse), et racontait que, revenant il y a quatre jours paisiblement de son travail, n'ayant commis aucune imprudence dans son régime, ne s'étant livrée à aucun effort, aucun mouvement désordonné, elle avait été saisie d'une douleur de reins qui, bientôt fit place à un sentiment de pesanteur très incommode dans le bas ventre; il lui semblait que quelque chose de lourd pressait sur le fondement, comme si elle avait besoin d'aller à la selle. Dans cette idée elle prit du bouillon de veau et quelques lavemens qui ne la soulagèrent point; cependant elle continua son travail pendant deux jours encore, mais marchant avec peine, étant alors obligée de tenir le tronc demi-fléchi, éprouvant toujours le même sentiment de pesanteur dans le bassin. Le troisième et le quatrième jours elle avait de la fièvre, et fut forcée de suspendre son travail et de s'aliter. Entrée à l'hôpital le cinquième jour, elle se plaignait encore de la même lourdeur dans le bas-ventre et vers l'anus; le toucher fut pratiqué et l'on trouva le col utérin légère-

ment entr'ouvert. Le lendemain et les jours suivans, cet état étant accompagné d'une fièvre assez forte, de fréquence dans le pouls avec chaleur à la peau, la malade fut saignée au bras par trois fois différentes; chaque saignée, de deux palettes et demi à trois palettes, se recouvrit d'une couenne inflammatoire assez épaisse; la première produisit un peu de mieux, mais les autres ne furent suivies d'aucun soulagement. Le 5 octobre, un léger suintement sanguinolent s'établit par la vulve, des douleurs intermittentes indiquant l'imminence d'un avortement se firent sentir, le col utérin s'entr'ouvrit peu à-peu; le 7 le doigt pouvait pénétrer dans sa cavité, de manière à sentir le fœtus à travers ses membranes; la fièvre persistait; enfin dans la nuit du 8 au 9, l'accouchement s'est effectué. Le fœtus était âgé de quatre mois environ, sa peau était rouge et partout pénétrée de vaisseaux; il ne donna aucun signe de vie, et pendant sa grossesse la mère n'avait jamais senti ses mouvemens. La face fœtale du placenta offrait une couleur singulière qui attira notre attention; elle était d'un blanc-jaunâtre, analogue à la couleur des fausses membranes pleurétiques. Examinant la chose de plus près, nous avons gratté légèrement avec le bistouri la face interne de l'amnios, pensant qu'il s'était formé quelque dépôt couenneux à sa surface, mais ce grattage n'enlevait rien. Ayant soulevé doucement cette membrane nous avons trouvé entre elle et le chorion une couche plastique de fausses membranes minces et molles, même un peu de pus véritable que le bistouri ramassait en raclant. Cette couche purulente existait sur toute la face et le limbe intérieur du placenta, mais d'une manière inégale et à divers degrés d'épaisseur. Le chorion avait une épaisseur double et même triple de l'état naturel, il était dur à la section, comme squirrheux et tout à fait opaque; les points les plus considérables d'épaississement correspon-

daient à ceux où les fausses membranes étaient les plus abondantes; le reste des membranes de l'œuf ayant été déchirées pendant l'accouchement, nous n'avons pu voir si elles présentaient la même altération que celles qui étaient unies au placenta. Du reste ce corps spongieux n'offrait rien de particulier dans sa couleur et sa consistance, le cordon était mince et mou.

Après cet avortement, la fièvre a cessé complètement, les suites de couches se sont passées comme dans l'état naturel, quelques douleurs se sont fait sentir passagèrement dans les flancs et les reins; la malade s'est bientôt rétablie et a quitté l'hôpital vers la fin d'octobre en parfaite santé.

L'épaississement et la densité contre nature du chorion, la formation d'une couche purulente entre cette membrane et l'amnios, dénotent évidemment l'existence d'une inflammation dont les effets ne nous paraissent point équivoques; car c'est à cette inflammation que nous attribuons l'avortement, tout autre cause, au moins apparente, lui ayant été étrangère. Cet avortement s'est annoncé par une douleur de reins et une sensation insolite de pesanteur sur le siége, comme si la matrice et le fœtus, étant dans un état de collapsus, eussent exercé une pression sur cette partie; la fièvre s'est allumée, le sang retiré de la veine par trois fois différentes a présenté une couenne inflammatoire, les mêmes phénomènes ont persisté pendant treize jours, et aussitôt après la sortie du fœtus mort-né et de ses annexes, tous les accidens ont cessé. La mère s'est promptement rétablie, ce qui prouve que la cause de cet état fébrile n'était point en elle-même, mais qu'en vertu des connexions qui existent entre la matrice et les produits de sa conception, elle participait aux souffrances de ces derniers. Cette cause d'avortement est plus fréquente qu'on ne pense; déjà plusieurs observateurs ont recueillis des faits semblables, qui probablement se mul-

tiplieront à mesure que l'attention sera éveillée sur ce point. Ce genre de recherches présente d'ailleurs le plus grand intérêt en ce qu'il peut conduire à quelque découverte sur le mode de nutrition du fœtus et sur l'organisation de ses membranes, leurs connexions avec l'utérus et certains accidens de la grossesse qu'on attribue vaguement à de simples modifications de sensibilité survenant alors dans le système utérin. Nous rappellerons brièvement à cette occasion deux autres faits que nous avons publiés sur le même sujet (1), et desquels nous avons tiré quelques inductions sur la cause des vomissemens qui accompagnent fréquemment les premiers temps de la gestation. Il s'agit dans ces deux cas de jeunes filles enceintes de trois mois et demi, qui, jusqu'à cette époque de la grossesse, ont époué des vomissemens presque continuels et rebelles à toutes sortes de moyens et ont enfin succombé après être tombées dans le marasme le plus grand. L'ouverture du cadavre a fait voir pour toute lésion, des traces non équivoques de congestion ou d'inflammation dans les membranes du fœtus et principalement dans la caduque; là existaient des concrétions pseudo-membraneuses, une rougeur et un engorgement sanguin considérable; en même temps, les parois de l'utérus étaient molles, flasques, amincies, et dans un cas le col de l'utérus présentait un rétrécissement assez étroit à son extrémité supérieure, tandis que dans l'autre il formait un petit mamelon très dur de trois lignes au plus de longueur. Nous nous étions demandés si ces diverses lésions n'avaient pas influé sur la production des vomissemens, mais sans pouvoir déterminer laquelle

(1) Observations sur quelques accidens survenus au commencement de la grossesse, et paraissant dépendre d'un état morbide de l'utérus et des produits de la conception. *Répertoire d'anatomie et de chirurgie*, premier trimestre 1827, et *Archives génér. de Méd.*, t. XIV, p. 265 (*Extrait*).

y avait eu le plus de part. Maintenant que nous savons qu'il peut exister des inflammations des membranes de l'œuf sans qu'il y ait en même temps des vomissemens, (*Voyez* la dernière observation) nous sommes conduits à chercher la principale cause de ceux qui ont été observés dans ces deux cas, dans le rétrécissement et la dureté anormales que présentait le col utérin. Si cette partie offre en effet une étroitesse et une rigidité contre nature au moment où le fœtus, dans un état d'évolution toujours croissante, nécessite une ampliation proportionnée de la matrice, ne doit-il pas en résulter une distension douloureuse des fibres utérines, une sorte d'étranglement interne, propre à favoriser l'inflammation des membranes du fœtus et à exciter les sympathies de l'utérus en donnant lieu à des vomissemens aussi durables que leur cause. La mollesse et l'amincissement des parois de la matrice observés dans les mêmes cas n'annoncent-ils pas en effet que cet organe a été soumis à une distension contre nature? Si ces vomissemens sont ordinairement passagers, bornés aux premiers temps de la gestation, plus fréquens chez certains individus que chez d'autres, et dans les premières grossesses que dans les grossesses subséquentes, cela ne tient-il pas à ce que l'utérus ne présente pas la même rigidité chez tous les sujets; que plus tard il s'habitue au stimulus que nécessite son évolution, surtout lorsque ses fibres ont déjà subi, dans une première grossesse, ce travail actif de développement? On peut voir du reste, dans le mémoire que nous avons publié à ce sujet, les conséquences thérapeutiques auxquelles nous ont amené la considération de ces faits.

Observations et considérations-pratiques qui établissent la possibilité du retour à la vie dans plusieurs cas d'asphyxie; par M. R. Bourgeois, D. M. P., médecin résidant de la maison royale de la Légion d'honneur de Saint-Denis. — III.e article. — *Mort apparente congéniale chez un enfant nouveau-né, et par syncope, à la suite de métrorrhagies, chez la mère.*

Au milieu d'une des nuits les plus froides de l'hiver de 1819, on vint en toute diligence m'appeler pour porter des secours à une femme en couche, habitant une maison rurale isolée à peu de distance de la ville. J'arrive sur les lieux après trois quarts d'heure environ. Etant entré dans une cuisine au rez-de-chaussée, j'y rencontrai un grouppe de personnes qui n'eurent qu'une voix pour m'assurer que la malade avait cessé de vivre. A la faible lueur d'une lampe cachée à terre pour la garantir du vent qui soufflait de deux croisées ouvertes, on distinguait, au milieu d'une chambre inondée de sang, un lit de *misère* sur lequel gissait presque nue une femme couverte de la pâleur de la mort. Près d'elle une sage-femme ayant les bras nus, ensanglantés; de toutes parts des linges souillés, épars, et dans ce désordre un placenta jetté sur le carreau; enfin, vers le foyer, un fœtus inanimé déposé sur un coussin. M'étant approché de la mère, je la trouvai froide, sans pouls, sans haleine. Voici les renseignemens que je pus obtenir de la sage-femme, atterrée par tout ce qui venait de se passer.

M.me D......, ouvrière dans une fabrique, âgée de 26 ans, d'un tempérament nervoso-sanguin, enceinte pour la première fois et à terme, était, depuis la veille au matin, dans le travail de l'enfantement. Déjà, sans ob-

stacle notable, la tête du fœtus avait franchi le détroit inférieur, et n'était, en quelque sorte, retenue à la vulve que par la résistance des parties externes, lorsque par l'effet d'une vive contrariété et à la suite d'un mouvement intérieur, comme si, disait l'accouchée, quelque chose se détachât de son ventre, les contractions utérines se ralentissent et se suspendent. Il survient des pandiculations, des frissons, des envies de vomir. La face pâlit. Il y a des faiblesses, des dispositions à la syncope. Pendant une demi-heure, ces symptômes persistent, s'aggravent; ils sont bientôt de nature à ne pouvoir être rapportés qu'à une perte interne. Peu à peu, néanmoins, les douleurs se réveillent par momens, et un fœtus privé de vie est enfin expulsé au milieu des flots de sang, par lesquels il paraît comme entraîné. Le placenta est aussi chassé presque immédiatement. La femme alors, se trouvant mal et dans un état effrayant, appelle exclusivement sur elle toute l'attention : les soins les plus assidus lui sont prodigués, tandis que l'enfant, toujours immobile et sans voix, est mis à l'écart, où il reste comme oublié.

Tous les moyens usités en pareil cas sont inutilement mis en œuvre; si la perte se suspend pendant de courts intervalles, elle reprend presque aussitôt avec une nouvelle violence; le sang coule en nappe et a bientôt traversé les tampons qu'on oppose à son passage. Les faiblesses, les syncopes se succèdent, se prolongent de plus en plus; quelques-unes durent de cinq à dix minutes. Il y avait un quart d'heure environ que, pendant une de ces syncopes plus profonde qu'aucune des précédentes, il s'était manifesté des convulsions, à la suite desquelles il ne paraissait pas douteux que le dernier soupir n'eût été exhalé. Les apparences de la mort étaient telles, en effet, qu'il semblait complètement inutile de recourir aux secours de l'art; cependant, l'idée d'une lipothymie per-

sistante m'empêcha d'en juger d'une manière aussi absolue, et je me décidai à les tenter.

Procédant à l'exploration de l'utérus, je ne parvins à cet organe qu'en traversant un caillot continu, très-cohérent, au milieu duquel il était difficile de distinguer les parties charnues. Mon doigt introduit dans la cavité utérine et appuyé autant qu'il me fut possible sur la surface muqueuse, je portai sur les parois hypogastriques ma main gauche et sollicitai ainsi, par un double mouvement de frictions extérieures et de titillation interne, l'action de l'organe. D'autres frictions faites avec des flanelles chaudes furent en même temps promenées sur les jambes, les cuisses et toute la surface du corps. Je fis chatouiller la plante du pied et les hypochondres. Dépourvu de moyens pharmaceutiques, je fis brûler successivement un bon nombre d'allumettes souffrées sous les narines, dans le fond desquelles on porta, avec la barbe d'une plume et par une insufflation ménagée, du tabac et du poivre. De l'ail pilé dans du vinaigre très-chaud fut appliqué en cataplasmes aux mollets, sous la plante des pieds, et de temps à autre on posait instantanément sur les différens points accessibles de la surface cutanée, des linges trempés dans de l'eau presque bouillante.

Il y avait à peine douze à quinze minutes que ces manœuvres étaient poursuivies, soutenues sans la moindre interruption, lorsque j'éprouvai la sensation fugace et presque imperceptible d'un mouvement oscillatoire opéré dans l'épaisseur des parois abdominales : l'expulsion immédiate d'une partie de caillot me porta à considérer ce mouvement comme l'effet d'une contraction utérine. Bientôt des bosselures circonscrites se montrent successivement sur le ventre ; insensiblement les fonctions organiques renaissent ; les yeux s'ouvrent enfin, et ce premier signe évident du retour à l'existence est accueilli par les

assistans avec des transports de surprise et de joie. La vision, cependant, ne paraît pas encore s'accomplir; les pupilles sont effacées, et le globe oculaire, rétracté en haut, présente un aspect convulsif. Tout-à-coup, en effet, des mouvemens désordonnés s'emparent des membres, les mâchoires se serrent; la bouche se contourne et se couvre d'écume; on observe, en un mot, tous les phénomènes d'une attaque d'épilepsie. Des caillots se précipitent en même temps vers la vulve; la circulation et la respiration se suspendent de nouveau, et la malade retombe dans l'état dont elle était à peine sortie.

Quelque effrayante que fut une pareille crise, elle l'était cependant à mes yeux bien moins que le premier état, et je ne perdis pas l'espoir d'un succès définitif. Je portai aussitôt avec ma main droite, dans la profondeur des voies utérines, une éponge imbibée d'eau froide vinaigrée, que j'y pressai à plusieurs reprises, en même temps que, de ma main gauche, je pratiquai des affusions avec le même liquide sur les parois extérieures de l'abdomen. Je couvris les mamelles de ventouses sèches. Ayant enfin procédé au tamponnement du vagin, et établi au-dessus du pubis une compression graduée soutenue par un bandage du corps très-serré, je revins avec une nouvelle activité aux frictions, aux excitans et autres moyens dont l'usage, d'ailleurs, avait à peine été interrompu.

Des signes précurseurs du plus heureux augure ne tardèrent pas à se montrer : les fonctions organiques s'étant peu à peu rétablies sans que pourtant la malade eut repris connaissance, je pus alors la quitter pour m'approcher de son enfant, dont jusques-là je ne m'étais occupé que pour recommander qu'on le tînt chaudement enveloppé dans un lange de laine.

Cet enfant est du sexe masculin, fort bien constitué; il a la figure un peu bouffie, les lèvres bleuâtres, les yeux

fixes; la pupille est effacée, la bouche béante. Il est froid sur tous le corps; les membres et la tête sont flasques et tombans. Le cordon ombilical coupé à une assez grande distance n'est pas lié. Rien ne porte à croire que le sujet ait respiré, et le temps qui s'est passé depuis l'accouchement est déjà si long que toute tentative de secours semble véritablement superflue. Il est d'ailleurs six heures du matin, nous tombons tous de lassitude et de sommeil; pressé de me retirer, je m'y dispose, quand après un mouvement d'inversion assez brusque, je m'apperçois qu'il sort de chaque côté de la bouche une petite quantité d'écume mousseuse; examinées avec la plus grande attention, ces espèces de bulles me paraissent augmenter insensiblement de volume et me frappent de manière à me faire croire que, chassées des premières bronches par un commencement de respiration, elles ne sont autres que des mucosités pulmonaires distendues par de l'air.

Je me hâte donc de procéder aux excitations externes et à une insuflation méthodique répétée dans les voies aériennes. Je dirige, à plusieurs reprises, vers l'œsophage, quelques gouttes de vin chaud sucré. Tous ces soins, conduits avec beaucoup de suite et d'activité, n'amènent, après une demi-heure, aucun changement notable. Ayant exploré par une attentive auscultation tous le pourtour de la poitrine et n'y découvrant absolument rien, je reste définitivement convaincu de l'inutilité de mes efforts. J'avais, en conséquence, quitté l'enfant pour jetter encore un coup-d'œil sur la mère, qui, exténuée, sans pouls, respirant à peine, n'avait encore pris aucune part morale à ce qui se passait autour d'elle; toutes mes recommandations étaient faites, je partais. Tout-à-coup la femme sur les genoux de laquelle était le petit sujet assure qu'elle lui a vu faire un mouvement. Revenu aussitôt près de lui, je reconnais effectivement que le tronc est

ébranlé par une légère secousse, qui, à la manière d'un hoquet se répète à des intervalles de quelques secondes. Peu à peu cette sorte de soupir convulsif se marque et s'étend de plus en plus : bientôt il devient bruyant, et on distingue au sommet du poumon un râle muqueux. La région précordiale est agitée d'un léger frémissement, des mucosités filantes sont rejetées par la bouche, et enfin des vagissemens, de prime-abord, étonnans par leur acuité et leur force, viennent signaler la naissance réelle de l'enfant; tout se passe ensuite comme si cette naissance eut été naturelle, c'est-à-dire, immédiate à l'accouchement.

La double observation dont je viens de faire l'exposé, est remarquable par plusieurs de ses circonstances; et d'abord, ce me semble, par quelque analogie avec celle qui a été publiée en 1745, dans le journal des Savans, par Rigaudeaux, chirurgien de Douai, et qui est cité dans la plupart des traités d'accouchemens et de médecine légale.

Relativement aux enfans, le parallèle établi entre les deux observations qui précèdent, porte d'abord sur la conformité, dans les deux cas, des apparences extérieures de la mort; et en second lieu sur l'identité des deux affections qui l'une et l'autre se rapportaient à l'asphyxie congéniale, état que peut-être la physiologie n'a pas suffisamment éclairé. Ces deux observations fournissent la preuve qu'un pareil état, bien que prolongé pendant un temps indéfini, peut encore, contre toute présomption, céder aux secours de l'art convenablement dirigés. Dans le fait de Rigaudeaux l'enfant n'a donné signe de vie qu'après cinq heures de tentatives soutenues; dans le mien il fut tenu pour mort pendant deux heures, temps pendant la moitié duquel seulement des soins lui furent administrés.

Tous les livres de l'art des accouchemens prescrivent bien sans doute de ne pas se rebuter promptement en pareille circonstance, dans l'administration des secours; mais il est des cas où la mort paraît tellement certaine que trop souvent alors on se borne à quelques faibles essais, par cela même infructueux, tandis que, d'après ces exemples il y a lieu de croire que plus de persévérance amènerait, au moins quelques fois, des résultats inespérés. A cet effet, il n'y a pas d'exception à faire, même pour les fœtus extraits par l'opération césarienne après la mort de la mère.

Le fait suivant atteste enfin que de tels résultats peuvent aussi être spontanés. Au mois de septembre 1824, j'accouchai une pauvre femme, dont je fus obligé de retourner l'enfant; amené par les pieds avec quelques difficultés, cet enfant était immobile et sans pouls; tous les traits de la mort se peignaient sur son extérieur, et aucun des assistans n'éleva le moindre doute sur la réalité de celle-ci; à peine enveloppé d'un linge il fut en conséquence déposé sur le carreau dans la pièce voisine qui était sans feu, et je revins, sans m'en occuper autrement, donner à la mère les soins ultérieurs que son état réclamait. Quel étonnement fut le nôtre lorsqu'après plus de vingt minutes nous entendîmes des vagissemens très-forts sortir de la pièce où gissait le petit cadavre; nous y accourûmes et nous le trouvâmes plein de vie. Il vécut, devint très-fort, et ne périt, à quatre mois, chez sa nourrice, qu'à la suite d'une maladie aiguë.

Parmi les résurrections d'enfans aussi en apparence morts-nés, qu'il me soit permis de comprendre celles opérées en pareil cas, d'après le texte sacré de la Bible par les prophètes; et si l'on voit Elizée, pour rappeler à la vie l'enfant de la Sunamite, recouvrir celui-ci du manteau de son maître, étendre ses mains sur ses mains,

heureux vieillard. Retrouvé dans le même état, on se contente de le relever et de le mettre dans son lit. Le lendemain un homme de l'art survient, il constate le décès, après quoi on procède immédiatement à l'ensevelissement du corps et à son inhumation.

La certitude de la mort a-t-elle été ici, je le demande, irrévocablement acquise ? Ou, tout au moins, affirmerait-on bien positivement que l'administration plus prompte, et surtout plus soutenue des secours, serait restée absolument infructueuse ? Mais si, quoiqu'il en soit dans cette circonstance, les antécédens étaient de nature à conduire, à cet égard, à quelque présomption négative, ne conçoit-on pas qu'il puisse s'en présenter d'analogues qu'aucun indice ne fasse préjuger; or, et bien que tout porte à croire que, après avoir été exposées pendant un temps plus ou moins long aux influences atmosphériques, les victimes d'une erreur aussi fatale ne reviendraient pas dans la tombe spontanément à l'existence, il n'y aurait pas moins alors inhumation précipitée, c'est-à-dire inhumation de personnes susceptibles d'être rappelées à la vie. C'est même, à mon avis, dans ce dernier sens qu'on doit le plus généralement se rendre compte de ces sortes d'inhumations. Tout ce qu'on a dit d'infortunés se ranimant d'eux-mêmes dans leur cercueil, et y périssant de nouveau après avoir dévoré leur propre chair dans les angoisses du désespoir et de la faim, ne me paraît reposer que sur des suppositions, sinon gratuites, tout au moins fort exagérées. Quoi qu'il en soit, ces divers faits doivent exciter au plus haut point la surveillance du médecin.

Combien, par exemple, la vie n'était-elle pas fugitive, insaisissable, dans les deux sujets dont j'ai rapporté l'histoire, et chez lesquels, pour la rallumer, il n'a sans doute fallu rien moins que tous les soins qui leur ont été portés ?

différés de quelques instans encore, ces soins eussent été vraisemblablement sans résultat; il en eût été de même et à bien plus forte raison d'une exposition passive plus long-temps prolongée, exposition qui, en conséquence, aurait été ici, comme elle l'est, j'en suis convaincu, dans la plupart des cas analogues, l'équivalent d'une inhumation. L'application des secours de l'art est, à cet égard, on ne saurait trop le répéter, la véritable pierre de touche : c'est par elle et uniquement par elle qu'on peut consciencieusement acquérir cette triste et irréfragable garantie de la mort que réclame si impérieusement la voix de l'humanité.

Parmi les moyens les plus propres à sonder, si l'on peut s'exprimer ainsi, la vie au sein de l'organisme, il en est un sur lequel je m'arrêterai un instant ici, et que je voudrais voir plus familièrement employé; je veux parler de l'acupuncture du cœur, opération récemment proposée et pratiquée avec succès sur les animaux. L'on conçoit en effet, de prime-abord, tout le parti qu'on peut tirer d'un pareil procédé, d'autant plus que rien n'empêche d'en étendre l'application à tous les tissus, comme aux sièges principaux du sentiment et de l'irritabilité. Il aurait encore, à mon sens, un bien autre degré de force et d'action, si l'on se servait des aiguilles enfoncées, pour, à l'aide de la pile de Volta, faire pénétrer dans la profondeur des parties un courant galvanique, et y développer ainsi, par des commotions soutenues, une sorte d'innervation artificielle, c'est-à-dire, en un mot, si on mettait en usage ce qu'on a appelé dans ces derniers temps l'électro-puncture.

Oserais-je dire enfin, que dans les cas extrêmes d'une déplétion sanguine portée au dernier point, je n'hésiterais pas à recourir à l'instillation d'un sang nouveau dans les veines superficielles, remettant ainsi en pratique cette

fameuse transfusion, qui, mise depuis long-temps en oubli, vient d'être récemment reproduite et recommandée par quelques exemples de succès.

Observations d'extirpation de la matrice d'après la méthode de M. le professeur Récamier.

Dans l'observation d'extirpation de l'utérus consignée dans le dernier numéro, nous avons oublié de décrire l'organe malade. Il importe de réparer cette omission, car on ne devra se décider à opérer qu'autant que l'état des parties et les progrès du mal seront parfaitement connus. Voici donc ce que nous avons observé sur l'organe enlevé par M. Récamier.

Tous les renseignemens précédemment acquis par l'exploration du vagin et du rectum, furent confirmés à la première vue. L'utérus, divisé de haut en bas dans toute son épaisseur, présenta une dégénérescence fongueuse et encéphaloïde qui s'avançait jusqu'au commencement de la cavité du corps de l'organe. Le col, largement excavé, offrait des mamelons ramollis, des enfoncemens sanieux; quelques points avaient beaucoup de dureté; la dégénérescence carcinomateuse remontait, en dedans, au-delà des limites d'insertion des tuniques celluleuses et péritonéales de l'organe. Le tissu du corps utérin était ferme, rosé, enfin dans l'état naturel. Le point d'insertion des ligamens larges n'offrait aucune trace d'altération; on voyait l'orifice de la trompe et le commencement du ligament rond, ainsi que quelques ouvertures de vaisseaux. On trouvait, conjointement avec le museau de tanche, une portion de vagin de six lignes de hauteur en avant, d'un pouce et demi en arrière, et qui était coupée nettement. Ce dernier lambeau présentait l'ulcération dont nous avons parlé;

mais le tissu cellulaire sous-jacent ne contenait pas de duretés, ni rien qui annonçât une altération de la cloison recto-vaginale. Il en était de même pour la partie antérieure.

Il résulte de cette description, que tout le col était affecté d'un cancer ulcéré et ramolli, mais aussi que ce cancer n'avait envahi aucun organe voisin. L'opération pratiquée a eu pour résultat immédiat l'ablation complète de toute la maladie; ce qui rend compte du succès dont elle a été couronnée.

Depuis cette époque deux opérations analogues ont été faites par M. le professeur Roux. Bien que le succès n'ait pas répondu à l'attente de ce chirurgien distingué, il ne faut pas se hâter de porter un jugement dans une cause aussi importante. Examinons d'abord les nouveaux faits et tâchons de nous rendre compte des diverses circonstances qui les ont accompagnés.

*Obs. I.*e M.me P**, âgée de 55 ans, nerveuse, blanche et grasse, n'a eu qu'un enfant à l'âge de 20 ans. Toujours bien réglée, elle a eu d'abondantes flueurs blanches qui parurent et cessèrent à plusieurs reprises. Elle a vécu sédentaire et au milieu de grands chagrins domestiques; les régles ont cessé de couler à 50 ans, il survint alors de vives douleurs dans les lombes, de l'insomnie, de l'amaigrissement; beaucoup de moyens furent employés, mais sans succès. La leucorrhée ayant reparu au commencement de cette année, et les douleurs continuant, le vagin fut exploré, et plusieurs praticiens distingués reconnurent la présence d'un cancer du col utérin. Dans ces derniers temps, MM. Récamier, Dupuytren et Roux, ayant reconnu que l'ablation de la matrice était la seule chance de succès qui restât à la malade, M. Roux pratiqua l'opération suivante le 20 septembre dernier, à 9 heures du matin.

L'utérus étant abaissé au moyen d'une pince de Museux fixée sur son col, le vagin fut coupé en avant et le doigt de l'opérateur sépara cet organe du bas-fond de la vessie; on trouva alors que le col avait acquis un volume considérable, et qu'il y avait au devant de lui des tumeurs arrondies dont la présence rendit très longue cette partie de l'opération. Un bistouri engainé servit à détruire ces adhérences et à diviser le péritoine. On s'apperçut alors que l'abaissement de l'utérus était très borné, car les ligamens larges conservaient presque leur direction naturelle. Ces replis furent divisés dans les deux tiers de leur hauteur, et deux ligatures furent à l'instant passées autour de leur tiers inférieur. On essaya de faire basculer la matrice en avant, mais on ne put y parvenir qu'après avoir divisé la partie antérieure du périnée. La section de l'extrémité inférieure des ligamens, du repli postérieur du péritoine et du reste du vagin, fut prompte et facile.

Pendant l'opération qui a duré environ une demi-heure, la perte de sang a été peu considérable, et la malade a montré beaucoup de courage. Voici ce qu'a offert l'utérus enlevé.

Sa hauteur totale est de quatre pouces huit lignes; sa plus grande largeur est de trois pouces, et son épaisseur n'est pas moindre. Du museau de tanche part un fongus cancéreux. L'organe tout entier est ramolli, infiltré de matière cérébriforme, et parsemé de petites tumeurs comme celle qui existait en avant. La cavité du corps est élargie, mamelonnée. La portion de vagin qui tient au col est saine.

La malade, dont le pouls est fréquent et très-faible, éprouva au bout d'une demi-heure une légère réaction que l'on favorisa par des boissons chaudes et un peu de bouillon de poulet. Dans la soirée, le ventre devint douloureux; six sangues furent appliqués sur l'hypogastre; on

les laissa peu saigner, vu la faiblesse du pouls et la pâleur générale. La malade resta dans un état de stupeur que rien ne put faire cesser, et elle s'éteignit le 21, à six heures du soir.

Necropsie. Le bassin contient à peine deux onces de sérosité rougeâtre. Nulle trace de péritonite ni dans cette région ni ailleurs. L'ovaire gauche a triplé de volume, il est mou et transformé en tissu encéphaloïde. Le reste des annexes de ce côté est sain. A droite, au contraire, ces organes sont remplis de tumeurs cérébriformes fort avancées dans leur développement. La face postérieure de la vessie présente une ouverture arrondie de quatre lignes au moins de diamètre. Cet organe est du reste parfaitement sain.

Plusieurs des réflexions que nous pourrions faire sur cette opération pouvant s'appliquer à celle qui suit, nous allons rapporter ce second fait qui a été décrit fort inexactement dans plusieurs feuilles périodiques.

Obs. IIe — Une femme âgée de 38 ans, d'une bonne santé habituelle, accouchée de son cinquième enfant en 1823, éprouva deux années plus tard des douleurs vagues dans le bas-ventre; il survint en même temps un écoulement blanc qui augmenta peu à peu; puis des pertes rares et peu abondantes, enfin des dérangemens considérables dans la menstruation. Elle entra à la Charité le 25 août dernier. Le toucher fit reconnaître une augmentation de volume de tout l'utérus; le col était dur, bosselé, il offrait aussi des fissures profondes, ulcérées, très-douloureuses et fournissant un ichor brun très-abondant. Ces observations furent plusieurs fois répétées et par divers praticiens expérimentés. Le 25 septembre au matin, M. le professeur Roux pratiqua l'opération suivante.

La matrice abaissée, le vagin incisé en avant et séparé de la vessie, le péritoine a été ouvert au moyen d'un

bistouri à tranchant émoussé. Les ligamens larges ont été atteints avec peine, il a fallu augmenter l'abaissement du corps utérin en fixant dessus une forte érigne double. La section des ligamens étant faite, on lia leur partie inférieure d'après le procédé ordinaire. L'antéversion de la matrice a offert beaucoup de difficultés, et elle a été accompagnée d'une forte hémorrhagie. En voulant serrer les ligatures, la droite s'est rompue et n'a pas été remplacée. Le reste de l'opération s'est promptement terminé, cependant sa durée n'a pas été moindre de vingt-cinq à trente minutes, et la malade a paru éprouver de très-vives souffrances.

Immédiatement après l'opération la malade était pâle, froide, son pouls concentré était fréquent, filiforme; un peu de sang vermeil s'écoulait par la vulve. Cette partie fut recouverte de compresses imbibées d'eau froide. Dans la journée, le sang continua de couler, mais lentement, et jamais au point de rendre nécessaire l'emploi des moyens de compression. Dans la nuit, l'état lipothymique continua, aucune réaction ne se manifesta; quelques toniques furent administrés, mais sans succès, et la mort survint sans agonie le 26 à dix heures du matin.

Necropsie. Examen de l'utérus enlevé. Le museau de tanche est tuméfié, bosselé, les éminences sont séparées par des scissures ou ulcérations étroites et profondes. C'étaient du reste les seules altérations bien évidentes qu'offrit cet organe. Dans son ensemble, il présentait une sorte d'hypertrophie avec décoloration. Sa hauteur totale était de quatre pouces, et sa plus grande largeur de deux pouces et demi. Les annexes étaient sains.

La cavité pelvienne contenait un peu de sang épanché; la membrane séreuse était rosée, et le tissu cellulaire sous-jacent offrait déjà un commencement de friabilité. La vessie et le rectum étaient sains, ainsi que tous les autres viscères

contenus dans la cavité abdominale. La ligature gauche, restée en place, embrassait exactement le ligament large dans sa partie inférieure. Du côté droit, on ne put découvrir d'une manière évidente les sources de l'hémorrhagie dont nous avons parlé.

Tels sont les deux faits que nous croyons devoir publier, surtout dans l'intention d'éclairer le monde médical sur la gravité d'une semblable opération. L'habileté bien connue de M. Roux, la franchise avec laquelle il publie ses insuccès comme ses réussites, tout nous engage à faire un examen consciencieux et uniquement dans les intérêts de l'art et de l'humanité.

Un état exact de toutes les ablations de matrice pratiquées jusqu'à ce jour fournirait un résultat en faveur de l'opération. Mais cette première conséquence ne doit pas être regardée comme valable; car, parmi ces faits, il n'y en a qu'un petit nombre que la saine chirurgie puisse avouer. En ne tenant compte que des faits les plus récens, et qui se sont passés sous nos yeux, nous trouvons que sur quatre opérations, deux ont été suivies d'un succès complet et deux d'une mort très-prompte. Ce dernier résultat remet tout en question, ou plutôt il donne une réponse satisfaisante à la question vraiment importante, celle de l'opportunité de l'opération. En effet, il est évident que chez les deux premiers individus opérés et guéris par M. Récamier, l'opération était indiquée tandis qu'elle ne l'était pas chez les deux autres. Examinons ce point.

L'ablation complette de toute la maladie est la condition *sine quâ non* du succès, c'est-à-dire qu'il faut que cette condition soit remplie pour qu'il y ait guérison, sans cependant que la guérison soit la conséquence nécessaire de l'ablation complette; les exemples de récidive sont trop communs dans les affections cancéreuses pour qu'on ne

doive pas s'y attendre. Pour pouvoir mettre cette chance en faveur du succès, il faut acquérir la certitude du degré d'extension qu'a pris la maladie, du point où elle est parvenue; il faut explorer le bassin dans toute sa profondeur, scruter la vessie, le rectum, palper en quelque sorte les annexes de l'utérus, et reconnaître que ces nombreux organes sont exempts d'altérations. On conçoit dès lors combien il est difficile d'arriver à cette précision de diagnostic, et cependant on ne devra se décider à tenter l'ablation de la matrice qu'autant qu'il ne restera aucun doute sur chacun de ces points. L'emploi du *speculum uteri*, le catéthérisme de la vessie, l'exploration du rectum, la dépression de l'hypogastre, des régions pelviennes supérieures, inguinales et iliaques internes, tels sont les moyens qui pourront lever les doutes du chirurgien.

Parmi ces moyens, le toucher par le rectum fournira des renseignemens très-positifs sur le volume de l'utérus, sur sa forme générale, sa pesanteur, sa mobilité, sa consistance. Des doigts un peu longs peuvent facilement atteindre le fond de l'organe, arriver ensuite sur ses parties latérales et s'assurer de l'état des ovaires. Pour peu que la matrice manque de mobilité, qu'elle ne puisse être déprimée dans un sens quelconque, on devra s'abstenir d'opérer, à moins que la cause de cette immobilité ne soit bornée et facile à enlever par le procédé opératoire lui-même. Tout engorgement placé dans les ligamens larges, dans les trompes, toute tumeur développée dans les cloisons vésico ou recto-vaginales deviendra par la même raison une contr'indication manifeste, et il serait superflu d'en établir la preuve.

L'abaissement de l'utérus est également indispensable au succès de l'opération, d'abord parce qu'il la rend facile par le rapprochement des parties sur lesquelles l'in-

strument doit agir, et ensuite, parce qu'il indique assez bien l'état sain des annexes de l'organe. Comme on ne peut essayer cet abaissement d'une manière directe, c'est-à-dire avec des pinces de Museux, on s'assure de sa possibilité en déprimant la matrice de haut en bas au moyen des deux doigts introduits dans le rectum. Cette précaution est indispensable, car la mobilité, lors même qu'elle est très-grande, n'indique pas que l'abaissement soit facile. Les recherches les plus minutieuses doivent être faites à cet égard; le succès en dépend absolument.

Les deux malades opérées par M. Roux ont été examinées très-attentivement par MM. Récamier, Dupuytren, Boyer, Fouquier, etc. Si des hommes aussi expérimentés ont porté un diagnostic inexact dans ces deux circonstances, combien ne devra-t-on pas être circonspect à l'avenir? Si leur habileté s'est trouvée en défaut, qui ne craindra de tomber dans la même erreur? Espérons que la science n'en aura pas d'autres à déplorer. Les succès aussi bien que les revers portent avec eux de salutaires enseignemens. Ces tentatives hardies contre un mal généralement au-dessus des ressources de l'art, sont avouées par la saine raison; mais la saine raison ne peut y applaudir qu'autant qu'elles ne dépassent pas de justes limites. Ces limites sont celles que tracent les recherches diagnostiques indiquées précédemment. Personne ne blâmera le chirurgien qui, après s'être entouré des lumières de ses confrères les plus expérimentés, exécutera avec précision et fermeté une opération dont tous les temps sont calculés.

Il importe beaucoup que l'opérateur fasse vite, car la douleur et l'épuisement qu'elle entraîne sont de graves inconvéniens. C'est moins une dissection délicate qu'une division rapide qui est nécessaire, et en cela la manière de M. Récamier est vraiment la meilleure. L'excès de vo-

lume du corps utérin a été deux fois un obstacle à son antéversion; nous pensons qu'un crochet ou une érigne conduits au sommet de ce corps produiront toujours avec facilité ce mouvement de bascule. Dans les deux cas en question, c'est bien plutôt l'élévation de l'organe que son volume qui s'est opposé à son renversement en avant. Quant à l'hémorrhagie si peu forte dans la grande majorité des cas, et qui cependant une fois a paru avoir quelque gravité, la ligature faite avant ou après l'antéversion nous paraît toujours suffisante pour l'arrêter. Dans le cas où le fil se romprait ou déchirerait les parties qu'il embrasse, on devrait en reporter un second un peu en dehors du point où avait été placé le premier. On se servirait encore avec avantage des pinces à plaques de M. Récamier, ou bien des lames de plomb armées d'un fil. Nous ferons connaître plus tard un nouveau moyen inventé par M. Récamier pour remédier à l'hémorrhagie, quel que soit le point d'où elle parte.

Une dernière considération, et qui est peut-être plus importante ici que partout ailleurs, c'est d'avoir de bons instrumens. On s'est plu à dire, et beaucoup de grands chirurgiens en ont donné la preuve, que le bistouri simple remplissait toutes les intentions d'une main habile. Nous ne croyons pas qu'il en soit ainsi pour l'ablation de l'utérus. Les instrumens dont M. Récamier a donné la description et la figure dans le premier volume de l'ouvrage qu'il vient de publier, sont pour la plupart destinés à remplir des indications particulières, et par cela même tout-à-fait nécessaires. Les pinces coudées, le bistouri à gaîne, etc. (1), ne sont pas moins propres à rendre l'opération prompte et facile, qu'à en assurer les suites. P. P.

(1) Ces instrumens, et plusieurs autres non moins ingénieusement modifiés, sont sortis des ateliers de M. Charrière jeune, artiste d'une grande habileté.

MÉDECINE ÉTRANGÈRE.

Recherches sur la circulation du sang, etc.; par WEDEMEYER, *M. D.* (Fin.)

II. Après avoir combattu avec avantage la théorie de M. Barry, notre auteur passe à l'examen de la question de savoir si le mouvement du sang dans les capillaires, qui, ainsi que nous l'avons vu précédemment, résulte, en grande partie, de l'action du cœur, et non d'un pouvoir de contraction qui serait propre aux grosses artères, ne peut pas dépendre aussi d'une force contractile dont jouiraient les petites artères et les capillaires eux-mêmes.

Les recherches qu'il a faites à cet égard, le portent à conclure que certainement les petites artères sont douées d'une certaine contractilité. Ces recherches ont d'abord été dirigées dans le but de savoir à quoi s'en tenir sur les deux opinions contradictoires de Bichat et de M. Magendie, relativement à la possibilité ou à l'impossbilité du passage de divers liquides des artères dans les veines, sur l'animal vivant. Or, on sait que Bichat soutenait que même les liquides les plus inertes ne peuvent, pendant la vie, être poussés des artères dans les veines, à cause de la contraction des capillaires; tandis que M. Magendie pense, au contraire, qu'on peut faire passer ainsi les liquides irritans eux-mêmes. M. Wedemeyer croit que la vérité se trouve entre ces deux opinions extrêmes. En effet, ses expériences lui ont démontré, d'une manière péremptoire, qu'on peut très-bien faire passer de l'eau des artères dans les veines sur un animal vivant; tandis que le passage des stimulans très-actifs est retardé et même rendu complètement impossible par la contraction des vaisseaux capil-

laires. Voici quelques-unes des expériences qu'il a faites sur ce point important :

« Après avoir mis à nu l'artère brachiale et les veines humérales d'un cheval, et les avoir divisées, on poussa, à plusieurs reprises, dans le bout inférieur de l'artère, une certaine quantité d'eau tiède, à l'aide d'une seringue. Une pression légère fut toujours suffisante pour faire passer le liquide à travers les capillaires, et, à chaque mouvement d'injection, on vit l'eau s'échapper en jet par l'ouverture faite aux veines, et s'arrêter aussitôt qu'on cessait de pousser le piston. On remplaça l'eau tiède par de l'alcohol froid, et on fit quatre injections avec la même seringue; mais, pour lui faire traverser les capillaires, de manière à ce que son odeur et sa saveur devinssent très-manifestes dans le liquide qui s'écoulait des veines, on fut obligé d'employer une force de pression beaucoup plus grande que pour l'eau; et malgré cela la liqueur ne formait plus un jet, comme dans le cas précédent, mais s'écoulait en nappe de l'ouverture du vaisseau. On ne put cependant apercevoir la moindre diminution dans le calibre des artères et des veines. Sur un autre cheval, on répéta l'expérience avec du vinaigre, et on fit six injections successives. D'abord l'acide parut passer de l'artère dans les veines aussi rapidement et aussi facilement que l'eau tiède; mais peu-à-peu le passage du liquide devint plus difficile, et finit même par devenir tout-à-fait impossible, bien qu'on augmentât progressivement la force d'injection. Ces expériences, plusieurs fois répétées, donnèrent toujours des résultats semblables, ou du moins très analogues. On peut donc en conclure que les vaisseaux capillaires jouissent de la faculté de se contracter avec une grande force et à un très-haut degré, lorsqu'ils sont violemment stimulés, et que cette force de contraction est purement vitale. On pourrait objecter

aux expériences rapportées ci-dessus, que la contraction des vaisseaux était produite par l'action chimique des liquides injectés. A cela nous répondrons que, si l'on fait l'expérience sur un animal privé de vie, le vinaigre et les autres liquides irritans et astringens passent aussi facilement et aussi rapidement que l'eau pure à travers les capillaires. »

M. Wedemeyer rapporte ensuite les observations microscopiques qu'il a faites sur les capillaires, et sur les effets que produisent sur ces vaisseaux diverses substances irritantes, telles que l'huile de naphte, le laudanum, l'acide tartarique, l'alcohol, etc.; nous les passerons sous silence, parce qu'elles n'ajoutent rien à ce que nous ont appris les recherches du même genre faites, dans ces derniers temps, par plusieurs observateurs très-habiles. Nous nous bornerons à exposer les expériences qu'il a entreprises pour s'assurer des effets du galvanisme sur les capillaires.

« Lorsqu'on touche, dit-il, les petites artères avec l'un des fils, positif ou négatif, d'une pile composée de 14 à 24 paires, on voit, dans un espace de temps, qui varie de de dix à trente secondes, et quelquefois au moment même du contact, survenir une contraction de leurs parois, qui peut aller jusqu'au quart, à la moitié, et même aux trois-quarts de leur volume. Le sang coule plus rapidement dans les parties ainsi contractées; mais, plus près du cœur, les artères sont au contraire dilatées, et le cours du sang moins rapide. Cet état de contraction persiste quelquefois pendant fort long-temps, par fois même pendant des heures entières; dans d'autres cas, il cesse au contraire au bout d'une dixaine de minutes, et les vaisseaux reprennent leur diamètre habituel. Un seconde application de l'excitation galvanique aux mêmes parties n'y produit plus ordinairement de contraction apparente. En répétant cette expérience sur les petites veines, j'ai

observé, une fois seulement, une contraction lente et très-faible ; dans tous les autres cas, au contraire, l'application du conducteur a produit une dilatation graduelle des vaisseaux, et un ralentissement, ou même une cessation complète du cours du sang. L'effet du galvanisme sur les capillaires est encore plus remarquable. En effet, cet agent a constamment occasionné, plus ou moins promptement, le plus souvent dans l'espace d'une minute, un ralentissement remarquable, et même, au bout d'un temps très-court, une suspension complète du cours du sang, et une coagulation de ce liquide. Les capillaires paraissaient dilatés, et s'ils étaient auparavant incolores et transparens, on les voyait bientôt devenir d'un rouge vif, comme s'ils étaient enflammés. »

« Ces effets du galvanisme me semblent dignes de remarque sous plusieurs rapports. On ne peut, en effet, les considérer comme résultans de l'action chimique de l'un des pôles de la pile sur le sang, puisqu'ils se montrent indifféremment sous l'influence de l'un et de l'autre de ces pôles ; et, d'un autre côté, on ne peut pas non plus les rapporter à la contraction des capillaires, puisque les parois de ces vaisseaux ne jouissent d'aucune contractilité ; du moins ne m'a-t-il jamais été possible d'en apercevoir les moindres traces, même en faisant agir sur ces vaisseaux les stimulans chimiques et mécaniques les plus puissans. Je suppose que ces effets dépendent de l'action que le galvanisme exerce sur les nerfs, et, par leur intermédiaire, sur le sang lui-même. Ce qui me fait pencher pour cette opinion, c'est qu'on voit ce liquide se coaguler lorsqu'il est soustrait à l'influence nerveuse, soit par sa sortie des vaisseaux, soit par la destruction de l'action du système nerveux dans une partie, par une inflammation violente ou toute autre cause. Il faut, pour que le sang conserve sa liquidité, qu'il soit sous l'influence

d'une certaine action nerveuse; et aussitôt qu'il y est soustrait, ou qu'elle est troublée d'une manière quelconque, il se coagule. Le galvanisme agit donc en troublant et en paralysant l'influence des nerfs qui se rendent aux capillaires; et ce qui rend cette conjecture encore plus probable, c'est que les petits vaisseaux dans lesquels seulement l'action galvanique produit la coagulation du sang, sont beaucoup plus abondamment pourvus de nerfs que les grosses artères. Les phénomènes que nous venons d'exposer comme résultans de l'application du galvanisme, ont une singulière ressemblance avec ceux qui précèdent l'inflammation; en effet, la coagulation de sang et la suspension de la circulation dans les capillaires sont les conditions les plus essentielles et les plus caractéristiques de l'inflammation et de la gangrène. »

M. Wedemeyer regarde la contractilité, qui existe, comme le prouvent les expériences précédentes, dans les petites artères, comme analogue à celle que l'on a observée dans l'urètre, dans les petites ramifications des bronches, dans le corion de la peau, etc. Elle ne se manifeste que sous l'influence accidentelle de certains stimulans, et n'est jamais perceptible dans l'état habituel de la circulation. Elle ne contribue en aucune manière au mouvement du sang dans les capillaires; mais, au contraire, comme Haller l'avait déja observé, elle tend bien plutôt, lorsqu'elle est mise en jeu, à s'opposer au cours de ce liquide. Delà notre auteur conclut que la circulation du sang dans les capillaires n'est pas du tout favorisée par la contraction de ces vaisseaux ni par celle des petites artères. A l'appui de son opinion, il ajoute que le mouvement du sang dans les capillaires s'arrête au moment où l'on fait la ligature de l'aote tout près du cœur, et il déclare que ceux que leurs observations microscopiques ont conduit à une opinion opposée ont été induits en erreur par quelques circonstances particulières.

D. *Du mouvement du sang indépendamment des forces mécaniques.* — M. Wedemeyer consacre la troisième partie de son ouvrage à l'examen de la question de savoir si, comme l'ont supposé quelques physiologistes modernes, le sang possède par lui-même une force de mouvement spontané ou inné. Cette opinion, émise par Carus, Treviranus, Dollinger, est soutenue principalement par Œsterreicher, qui va jusqu'à dire que la principale cause du mouvement de sang réside dans le sang lui-même, et que l'on ne doit regarder l'action du cœur que comme la première des forces accessoires qui concourent au mouvement circulatoire de ce liquide. Les principales raisons que les partisans de ce singulier système apportent à l'appui de leur manière de voir sont : 1.° La persistance de la circulation capillaire après l'ablation du cœur ou la ligature de l'aorte; 2.° la suspension de la circulation par l'effet des substances narcotiques, ou d'une blessure grave du cerveau; 3.° l'oscillation du sang dans les capillaires, lorsque la circulation générale est ralentie par une cause quelconque; 4.° enfin le fait, souvent observé dans les capillaires, de certains globules qui se séparent du courant principal et viennent se mêler avec ceux qui forment le parenchyme des organes, ou bien qui, au contraire, se séparent de ce parenchyme pour rentrer dans le torrent de la circulation. Notre auteur examine successivement la valeur de ces différentes preuves, et combat victorieusement, par une suite de raisonnemens, la doctrine de la force motrice inhérente au sang. Nous ne suivrons pas l'auteur dans cette réfutation, nous nous bornerons à rapporter ce qu'il a constaté relativement au mouvement que l'on suppose que le sang conserve après que l'action du cœur a cessé. Ce mouvement, comme on l'a observé, est quelquefois progressif, mais, le plus ordinairement, c'est une simple oscillation ou

fluctuation. M. Wedemeyer pense que ces deux espèces de mouvemens peuvent être attribués à des causes purement mécaniques; telles, par exemple, que la tendance qu'ont les vaisseaux, en vertu de l'élasticité de leurs parois, à pousser le sang qu'ils contiennent vers le point où se trouve la moindre résistance; la force de gravitation qui entraîne le sang vers les points les plus déclives; certaines impulsions locales produites par la contraction des muscles circonvoisins ou par une pression extérieure, et enfin l'espèce de reflux causé par la rencontre d'un obstacle quelconque. Ces causes, selon M. Wedemeyer, sont suffisantes pour rendre raison de presque tous les mouvemens observés dans le cours du sang après la suspension de l'action du cœur, surtout si l'on se rappelle que ses mouvemens ne paraissent très-rapides que parce-qu'ils sont vus au microscope.

Si le sang ne jouit d'aucune force motrice qui lui soit inhérente, si d'un autre côté les grandes ni les petites artères, ni même les derniers vaisseaux capillaires ne contribuent au mouvement du sang par aucune action quelconque de leurs parois, comment expliquer certains phénomènes de la circulation, qu'il est tout-à-fait impossible d'attribuer à la seule action du cœur? En effet, dans certains animaux des classes inférieures, les échinodermes par exemple, la circulation s'exécute, et cependant il n'y a pas de cœur; dans quelques fœtus monstrueux, le cœur manque absolument, et le sang n'en circule pas moins dans les vaisseaux, qui, dans ce cas, ne présentent pas de pulsations; sous l'influence de certaines impressions morales, la face pâlit ou se colore subitement, les corps caverneux se remplissent de sang et produisent l'érection de la verge, sans que, dans ces cas, il se manifeste aucun signe qui puisse faire supposer que l'action du cœur soit augmentée. Pour expliquer ces divers phénomènes et beaucoup d'autres

qu'il énumère, M. Wedmeyer admet l'existence, dans les tissus vivans, d'une force attractive purement vitale; force en vertu de laquelle le sang serait attiré dans les organes, et qui, sous le rapport de son énergie, serait sous la dépendance directe du système nerveux. Mais quoiqu'on ne puisse nier que le système nerveux ne joue un rôle important dans les fonctions des petits vaisseaux, bien que la nature de son action soit tout-à-fait inconnue, nous ferons observer que cette opinion de notre auteur est purement hypothétique, et qu'il faut bien se garder de la placer sur la même ligne que les résultats positifs qu'il a obtenus de ses recherches expérimentales.

C. *Des phénomènes de l'attraction capillaire dans les corps vivans, et de son influence sur le mouvement des liquides dans le système capillaire.* — Après avoir décrit succinctement les phénomènes physiques de l'attraction capillaire considérée en général, et plus particulièrement ceux que présentent les membranes animales dans leur rapport avec les divers liquides et les gaz, M. Wedemeyer passe en revue les expériences de M. Magendie sur la perméabilité des tissus vivans, et celles de M. Foderà sur les effets du galvanisme, qui prouvent que cet agent augmente cette perméabilité. Il cite aussi les recherches de Sœmmering, relatives à ce qu'on pourrait appeler la transmission élective des fluides au travers des membranes, et il se trouve ainsi amené naturellement sur le terrain des recherches de M. Dutrochet sur les phénomènes de l'endosmose et de l'exosmose; mais, chose assez singulière, il ne fait aucune mention de cet ingénieux physiologiste, quoiqu'il rapporte plusieurs expériences faites avec M. Brandes de Berlin, qui offrent, avec celles de l'observateur français, la plus grande ressemblance, et qui, d'ailleurs, viennent pleinement confirmer les résultats que celui-ci a obtenus. Nous croyons donc inutile de

rapporter ces expériences, qui ne présenteraient rien de nouveau à nos lecteurs; mais nous ferons observer que la candeur avec laquelle M. Wedemeyer, dans tout le cours de son ouvrage, cite les travaux de ses devanciers et de ses contemporains, ne permet guère de supposer qu'il ait omis volontairement de mentionner le nom de M. Dutrochet. Peut-être ne connaissait-il pas l'intéressant travail de ce savant. L'ouvrage de M. Wedemeyer est terminé par des considérations sur les causes probables de l'attraction capillaire dans les corps vivans; mais comme l'auteur quitte la route expérimentale pour entrer dans la carrière des hypothèses, il nous serait complètement impossible de donner à nos lecteurs une idée exacte de cette partie de son travail, sans être obligés d'entrer dans des détails tout-à-fait incompatibles avec le but de notre journal.

Mémoire sur le traitement du staphylôme partiel et total de la cornée transparente; par le docteur François Flarer, *professeur de clinique des maladies des yeux à l'Université de Pavie* (1).

On sait que les ulcères de la cornée pénètrent quelquefois à une telle profondeur que la membrane de l'humeur aqueuse, poussée en avant par le liquide qu'elle renferme, vient former au fond de l'ulcération, une petite tumeur transparente; c'est ainsi que se développe la maladie à laquelle quelques pathologistes donnent le nom de *hernie simple de la cornée*. Si l'ulcère continue de s'agrandir, cette hernie de la membrane de l'humeur aqueuse se déchire, l'humeur aqueuse s'écoule au-dehors, et quand l'ulcère est situé à la circonférence de la cornée, l'iris

(1) *Annali universali di Medicina*, juillet 1829. (Extrait. O.)

s'engage dans l'ouverture qu'il bouche ; mais la même petite vésicule transparente ne tarde pas à se reformer au devant de l'iris et remplit le fond de l'ulcère : cette vésicule nouvelle résulte-t-elle de la cicatrisation rapide de la membrane de l'humeur aqueuse, ou n'est-elle que le produit d'une fausse membrane ? Quoi qu'il en soit, par suite de la reproduction de l'humeur aqueuse, tantôt l'iris est repoussé à sa place, tantôt il reste adhérent à la face interne de la petite vésicule, et constitue de la sorte, ce qu'on a nommé la *hernie compliquée de la cornée :* tel est le premier degré du staphylôme partiel. M. Flarer ne pense pas, comme plusieurs auteurs et Vetch entre autres, que la hernie simple de la membrane de l'humeur aqueuse soit déjà un commencement du staphylôme partiel, parce que l'ulcération de la cornée, qui est habituellement alors très-circonscrite, guérit communément dans ce cas, et que dès lors toute saillie disparait; tandis que dès que l'ulcération s'agrandit notablement, la déchirure de la membrane de l'humeur aqueuse en est la suite, puis, l'iris vient former hernie et contracte des adhérences avec la cornée. Aussi voit-on l'ouverture pupillaire tiraillée plus ou moins dans le sens du staphylôme, lequel augmente très-rapidement de volume quand les adhérences existantes comprennent tout le bord pupillaire.

La hernie simple de la cornée guérit le plus souvent par l'usage de collyres astringens et du laudanum de Sydenham ; la cautérisation de l'ulcère par le nitrate d'argent est au contraire toujours nécessaire dans la hernie compliquée, c'est-à-dire dans le staphylôme commençant. M. Flarer préfère le caustique au beurre d'antimoine conseillé par quelques praticiens. Delarue a prétendu qu'on hâtait singulièrement la disparition de la tumeur en exerçant sur les paupières une compression convenable : une connaissance précise de l'altération qui existe dans les hernies de

l'iris, suffit pour faire apprécier la valeur réelle de ce moyen. Convaincu par l'expérience de l'insuffisance de ces différens procédés pour obtenir la guérison du staphylôme partiel et des complications qu'il peut présenter, le docteur Flarer met en usage plusieurs moyens dont il a retiré le plus souvent des avantages marqués. C'est ainsi qu'il ne se borne pas seulement à tenter la cure du staphylôme existant, il cherche surtout à dissiper les altérations qui précèdent ou déterminent habituellement sa formation.

Dans les abcès larges et profonds de la cornée, et qui ont leur siége vers son centre, soit qu'ils se soient déjà ouverts dans la chambre antérieure, soit qu'en s'ouvrant extérieurement ils aient donné lieu à une ulcération étendue, on ne doit pas se borner seulement à obtenir une cicatrice peu apparente, mais il faut surtout s'opposer au développement consécutif du staphylôme; pour cela il suffit d'empêcher la plus grande partie du bord pupillaire de l'iris, de pénétrer dans l'ouverture ulcérée de la cornée. On produit cet effet en appliquant dès le principe sur l'œil affecté, de l'extrait de belladone. La contraction permanente de l'iris s'oppose dès lors à ce que cette membrane puisse faire hernie. Le docteur Flarer a reconnu que l'on prévient par ce moyen, plus ou moins complétement, le déplacement de l'iris dans presque tous les cas, lors même qu'il a été en contact pendant quelque temps avec la cornée, et qu'il a déjà contracté avec elle de légères adhérences; en même temps il faut donner issue au pus épanché, ce qu'on opère, non pas en portant l'instrument seulement entre les lames de la cornée, mais en l'enfonçant directement dans la chambre antérieure de l'œil; on obtient de cette manière une amélioration rapide, et l'on ne fait véritablement qu'imiter la nature dans la marche qu'elle suit lors de la formation de ces abcès. En effet, il n'est pas de praticien qui n'ait observé que les ulcères

de la cornée, profonds et rebelles à toute espèce de traitement, changent subitement d'aspect dès qu'ils ont produit la perforation de la cornée, et qu'ils ne tardent pas ensuite à se cicatriser. On doit employer en même temps des collyres avec l'acétate de plomb, et des applications répétées de laudanum de Sydenham.

Mais il n'en est pas toujours ainsi, soit parce que le malade a négligé pendant long-temps de solliciter les secours de l'art, soit parce que ceux-ci ont été insuffisans; alors un staphylôme partiel de la cornée se développe, occupant le tiers ou une plus grande partie de cette membrane et devenant plus ou moins proéminent. On peut dans ce cas employer encore les cautérisations avec avantage, si les vaisseaux de la conjonctive n'offrent pas une tendance à devenir variqueux, et si la maladie n'est pas d'une date trop ancienne; car il est préférable de ne rien faire alors, surtout si elle n'est pas accompagnée de douleur. Mais dans quelques cas le staphylôme est au contraire excessivement douloureux : c'est ce qu'on observe particulièrement dans ceux qui sont à base large et avec une adhérence étendue de l'iris. Les vaisseaux de la sclérotique et de la cornée deviennent de jour en jour plus variqueux. L'œil sain présente un commencement de strabisme; il est douloureux ou larmoyant de manière à empêcher le malade de pouvoir se livrer à ses occupations habituelles. Alors le staphylôme n'augmente pas simplement de volume, mais on s'aperçoit qu'il tend à une dégénérescence fâcheuse. C'est dans ces circonstances qu'il serait dangereux d'employer les caustiques ou les onguents mercuriels, car les progrès du mal augmenteraient rapidement. Cependant que doit faire alors le praticien? Les auteurs ne donnent aucun précepte utile à cet égard. Voici la marche que suit le docteur Flarer. Afin de prévenir l'extension de la maladie, il excise toute la portion de cornée qui se trouve adhérente à l'iris, de sorte qu'il laisse intacte la

portion qui a conservé sa transparence, ce qui peut permettre de pratiquer plus tard une pupille artificielle.

*Obs. I.*re — Je fis le premier essai de ce genre, dit le D.r Flarer, sur Louis Brunetti, de Paullo, province de Lodi. L'œil droit avait été affecté, à la suite d'une violente ophthalmie, d'un staphylôme partiel de la cornée tellement proéminent que les paupières ne pouvaient se recouvrir. Il occupait le tiers inférieur de la cornée, il était blanchâtre, dur, quelques vaisseaux variqueux rampaient à sa surface; à travers le reste de la cornée on voyait l'iris adhérent à la tumeur, en sorte que la pupille était tirée en bas, et présentait une forme ovale : la chambre antérieure de l'œil était disparue inférieurement, sa partie supérieure était au contraire distendue par l'humeur aqueuse qui s'y trouvait accumulée. Le malade distinguait bien la lumière mais non les objets. De temps en temps il éprouvait dans l'œil affecté des douleurs très-violentes pendant la durée desquelles l'œil gauche était tourné en-dedans de telle sorte que le malade ne pouvait plus continuer son travail. Il réclamait avec instance une opération qui le délivrât de son mal, et quoique je ne me dissimulasse pas toutes les chances fâcheuses qu'elle pouvait avoir, je la pratiquai le 28 avril 1828. J'enlevai le tiers inférieur de la cornée qui était altéré, ainsi que la portion d'iris qui y adhérait. L'opération fut excessivement douloureuse, et le cristallin sortit aussitôt ainsi qu'une petite quantité d'humeur vitrée. L'œil fut maintenu fermé par des bandelettes, et l'on appliqua sur les paupières des compresses d'eau glacée. Le 25 mai, la réaction inflammatoire était calmée, deux saignées et une application de sangsues avaient contribué à la faire disparaître. Les deux tiers restans de la cornée, qui étaient devenus opaques pendant le cours de l'ophthalmie consécutive à l'opération, avaient repris leur transparence, la douleur était disparue de même que l'hydroph-

thalmie. La portion restante de l'iris n'est pas altérée, la chambre postérieure existe, les vaisseaux de la conjonction ne sont plus variqueux; on ne voit qu'une cicatrice, vers le tiers inférieur de la cornée dont ce qui reste a conservé sa transparence, et la perception de la lumière est plus nette qu'auparavant.

*Obs. II.*e — Le cas suivant montre que la portion de la cornée, qui est encore transparente, peut rester dans le même état après l'opération, lors même que le staphylôme a une base fort large. Maria-Rosa Fenini, âgée de 32 ans, fut affectée d'une ulcération de la cornée qui donna naissance à un staphylôme qui occupait les trois quarts inférieurs de la cornée, et dont la saillie était telle qu'il dépassait les paupières, en formant une tumeur hémisphérique, d'un blanc grisâtre, maculée de brun. Comme ce staphylôme augmentait chaque jour de plus en plus, et qu'il était le siège de douleurs très vives, le 18 janvier 1829, le docteur Flarer en fit la résection à sa base, dans le but de conserver le quart supérieur de la cornée qui était resté transparent. La résection de la tumeur fut également suivie de la sortie du cristallin et d'une partie de l'humeur vitrée, et la cicatrisation marcha si rapidement que le 6 février suivant, la malade sortit de la clinique complètement guérie, ayant au-dessus de la cicatrice une partie de la cornée transparente qui rendait la difformité peu sensible.

Il est encore une autre variété de staphylôme partiel de la cornée, à base très large, qui se développe lentement, et n'est pas notablement douloureux; il se forme communément à la suite des ophthalmo-blennorrhées, pendant la durée desquelles l'iris devient adhérent dans divers points à la cornée : mais celle-ci conserve encore sa transparence dans une partie de sa circonférence, quoique immédiatement en contact avec l'iris; la sclérotique est parsemée de taches blanchâtres ou d'un blanc-jaunâtre, et de

légères saillies d'un vert obscur qui rendent sa surface bosselée. Le malade perçoit distinctement la lumière, et la sclérotique ainsi que la choroïde ne sont nullement enflammées dans ce cas ; malgré l'étendue des adhérences de l'iris à la cornée le staphylôme ne se manifeste que fort lentement, l'œil n'est pas douloureux, et l'on n'observe aucun changement morbide dans ses vaisseaux. Dans cette forme de la maladie, il suffit de rétablir la communication entre les deux chambres de l'œil pour voir non seulement les progrès du staphylôme s'arrêter (ce qui est d'autant plus important que la cornée toute entière tend à être envahie par le staphylôme), mais encore pour rendre quelquefois la vue au malade : les observations rapportées ci-après le prouvent évidemment. Ici le docteur Flarer expose successivement les opinions de Richter, Scarpa, Jos. Beck, Beer, Philippe Walther, sur le mode de développement du staphylôme total de la cornée ; il fait voir que tous s'accordent à considérer l'inflammation de la cornée et de l'iris, comme la condition indispensable pour la formation de cette maladie, et discutant plusieurs points sur lesquels ils sont d'avis différent, il insiste surtout sur l'opinion de Beer, que la saillie de la cornée se développe par suite de l'accumulation de l'humeur aqueuse dans la chambre antérieure, quand cette cavité a cessé de communiquer avec la chambre postérieure, par l'effet des adhérences du bord pupillaire de l'iris avec la cornée. Les cas que le docteur Flarer a recueillis le confirment de plus en plus dans la même opinion que Beer, sur cette cause de la saillie de la cornée, et qu'il est d'autant plus aisé de concevoir que cette membrane a perdu de sa cohésion à la suite de son inflammation. Ce qui prouve surtout que la formation du staphylôme total de la cornée résulte de la pression d'arrière en avant de l'humeur aqueuse sur la cornée ramollie, c'est qu'on a vu quelquefois alors cette membrane

se rompre spontanément. Wardrop (1) cite l'observation d'un médecin qui était affecté d'un staphylôme de la cornée, qui se rompait ainsi de tems en tems par suite de la distension qui résultait de l'accumulation progressive de l'humeur aqueuse.

Ce sont ces différens faits, et ceux que lui-même a observés, qui ont fait penser au docteur Flarer que la condition qu'il importait essentiellement de remplir pour obtenir la guérison, était de rétablir un juste équilibre entre les humeurs de l'œil; qu'il devait suffire pour cela de pratiquer une pupille artificielle qui remit en communication directe les chambres antérieure et postérieure jusque là isolées. Beer avait déja observé qu'un staphylôme total de la cornée avec opacité de cette membrane, s'était dissipé après qu'il eût pratiqué une pupille artificielle au malade. Mais Beer s'était contenté de conclure de ce fait que le défaut de communication entre les deux chambres de l'œil est la condition nécessaire pour que le staphylôme puisse se former. Les exemples suivans prouvent que la nouvelle méthode du docteur Flarer peut être suivie de succès même dans les cas les plus désespérés.

*Obs. III.*e — Angiola Vezzi, âgée de 37 ans, entrée à la clinique le 12 mars 1829, avait une tache épaisse et très-étendue à la cornée droite, survenue à la suite d'une ophthalmo-blennorrhée très-intense : une petite partie de cette membrane à la partie externe et supérieure de sa circonférence avait seule conservé de la transparence. La chambre antérieure était disparue par suite de l'aplatissement de la cornée, et de l'adhérence de l'iris à toute sa face postérieure. La portion transparente de la cornée

(1) *Essais on the morbid anat., of the human eye.* Londres, 1819, in-8.°, page 113.

permettait de reconnaître que l'iris était notablement altéré. La cornée de l'œil gauche présentait aussi une tache très-large, qui ne laissait de transparence à cette membrane que dans une petite étendue vers l'angle interne de l'œil : la chambre antérieure était disparue, l'iris adhérait à la cornée transparente qui formait une saillie très prononcée, semblable à celle d'un staphylôme conique. L'œil droit paraissant offrir plus de chance de guérison, le docteur Flarer pratiqua de ce côté une pupille artificielle, mais l'opération fut suivie d'une violente inflammation qui se termina par l'atrophie du globe de l'œil. L'état de la malade s'étant rapidement amélioré, le 28 juin la même opération fut pratiquée sur l'autre œil. Le docteur Flarer incisa la cornée au centre du staphylôme, et comme les adhérences de l'iris avec la cornée ne pouvaient lui permettre d'introduire immédiatement l'instrument dans la chambre antérieure en avant de l'iris, il le porta derrière cette membrane qu'il détacha du ligament ciliaire et en même temps de la cornée, vis-à-vis le point où cette dernière était restée transparente. L'opération, bien que pratiquée comme une simple tentative dont le résultat ne pouvait être heureux, fut au contraire couronnée d'un plein succès. Il ne survint pas la moindre réaction inflammatoire, la cornée, staphylomateuse jusque là, s'aplanit graduellement, et la malade recouvra la vue de telle sorte que vingt jours après l'opération elle pouvait distinguer les objets très éclairés; enfin au bout de deux mois, le staphylôme était disparu, et la vue paraissait assez bonne.

*Obs. IV.*e — Joseph Gallina, âgé de 28 ans, avait été affecté d'une hydropisie du globe de l'œil droit, à la suite d'une ophthalmie blennorhagique. Une tache d'un blanc perlé était située au centre de la cornée de l'œil gauche, laquelle était en outre recouverte de vaisseaux variqueux qui ne laissaient de libre qu'une portion de la cornée, en

dehors et en bas, au travers de laquelle on pouvait reconnaître que la cavité de la chambre antérieure de l'œil était disparue, et que l'iris, dont la couleur était altérée, présentait des stries d'un blanc-jaunâtre, et adhérait à la cornée. Cette membrane était le siège d'un staphylôme partiel qui augmentait de plus en plus de volume. Les autres parties de l'œil étaient dans l'état sain: le malade distinguait très-bien la lumière. Dans le but d'arrêter les progrès ultérieurs du staphylôme, le 12 mai 1828, le docteur Flarer incisa la cornée dans le centre de la tache qu'elle présentait, et portant l'aiguille entre la cornée et l'iris qui n'avait encore contracté que quelques adhérences partielles et peu résistantes, il réussit à la faire pénétrer jusqu'à la circonférence de l'iris qu'il détacha du ligament ciliaire et de la cornée dans une petite étendue, et vers l'angle interne de l'œil. L'inflammation consécutive à l'opération fut peu intense : dans les cinq premiers jours on pratiqua une saignée et l'on appliqua quatorze sangsues; le dix-septième jour le docteur Flarer remarqua dans l'incision de la cornée une petite tumeur sphérique, rouge et luisante, dont il ne reconnut pas d'abord la nature; comme elle persistait, il y fit une piqûre, et vit sortir de l'humeur aqueuse. Depuis il a observé deux fois le même phénomène, et il pense qu'il résulte de ce que la portion opaque sur laquelle on fait l'incision se réunit plus difficilement, et qu'il se forme dans le commencement, entre les lèvres de la division, une fausse membrane que les humeurs de l'œil repoussent ainsi graduellement de manière à lui faire faire hernie. Cette petite tumeur s'affaissa peu-à-peu et disparut; le 10 juin, Joseph Gallina était parfaitement guéri du staphylôme, et avait recouvré la vue de manière à pouvoir se livrer aisément aux occupations qu'exigeait son état de domestique.

*Obs. V.*e — Joseph Mombelli, âgé de 40 ans, était ré-

cemment guéri d'une paralysie de l'élévateur de la paupière supérieure de l'œil avec affaiblissement de la vue de ce côté, lorsqu'il se présenta de nouveau à la clinique avec un ulcère de la cornée du même œil, et tellement large que la totalité du globe de l'œil semblait convertie en une plaie sanieuse. Des lotions abondantes de laudanum de Sydenham, répétées six ou huit fois par jour, arrêtèrent les progrès de l'ulcération, mais n'empêchèrent pas la vue d'être anéantie de ce côté par suite de la cicatrice étendue qui se forma au devant de la cornée. Presque immédiatement après il survint un érysipèle vesiculeux de la face et de la tête, accompagné de cephalalgies violentes qui furent suivies d'une amaurose complète de l'œil gauche, que rien ne put dissiper. Dans ce triste état, le malheureux Mombelli se présenta de nouveau à l'institut clinique parce qu'il était tourmenté de douleurs lancinantes dans l'œil droit qui devenait de jour en jour plus saillant. Il entra le 29 décembre 1828; il offrait alors les symptômes suivans: ulcération du bord libre des paupières, avec écoulement puriforme, vaisseaux de la conjonctive variqueux et très-multipliés. La cornée, couverte d'une large cicatrice, formait une tumeur sphéroïde d'un blanc nacré, et d'une surface inégale vers l'angle interne et supérieur de l'œil; la cornée était encore tranparente dans l'étendue d'une ligne, et l'on voyait la chambre antérieure détruite par le rapprochement et les adhérences de l'iris avec la cornée. Le malade distinguait encore un peu la lumière, mais il ne voyait plus les objets, l'œil gauche continuait de présenter tous les caractères de l'amaurose complète. Le 6 janvier 1829, le docteur Flarer détacha l'iris du ligament ciliaire et de la cornée, et apercevant au travers de la pupille nouvelle un corps blanchâtre, il essaya d'en opérer l'abaissement à l'aide de l'aiguille, mais la mollesse extrême de ce corps l'empêcha de réussir à le déplacer.

de la sorte. Au bout de six jours, la saillie de la cornée était déja notablement diminuée. La pupille artificielle était large mais obstruée en partie par le corps blanchâtre. Incertain si c'était une cataracte ou quelque flocon de lymphe plastique, le docteur Flarer en tenta de nouveau le déplacement, et quoique cette nouvelle tentative n'eût également qu'un résultat incomplet, cependant elle hâta la résorption de ce corps étranger, et insensiblement la vue s'éclaircit, le staphylôme disparut complètement, et le malade sortit de l'hôpital voyant assez pour reprendre ses travaux habituels.

Les observations qui précèdent, ajoute le docteur Flarer, montrent qu'on doit distinguer sous le rapport pratique trois variétés de staphylôme partiel de la cornée. L'une, qui constitue le premier degré de la maladie, consiste dans la hernie simple de la cornée, dont l'étendue est habituellement très-circonscrite, et qu'on traite avec avantage par les collyres astringens, les narcotiques et les caustiques. Dans la seconde variété, le staphylôme a une base très-large, et les vaisseaux du globe de l'œil, spécialement ceux de la sclérotique et de la choroïde, sont variqueux. Ici les caustiques doivent être proscrits, car ils ne pourraient que favoriser la dégénérescence cancéreuse de l'œil. Il faut, dans ce cas, pratiquer l'excision de la tumeur avec l'attention de conserver ce qui peut rester encore de transparent dans la cornée, afin de pouvoir plus tard pratiquer une pupille artificielle. Cette opération influe aussi avantageusement sur l'œil sain, qui est alors douloureusement affecté par sympathie. Enfin, dans une troisième forme de la maladie, le staphylôme occupe les trois quarts et plus de la cornée, mais il n'a point de tendance à amener la dégénérescence du globe de l'œil, et l'on ne remarque pas de dilatation variqueuse des vaisseaux. Le ramollissement de la cornée, qui est consécutif

à l'ophthalmo-blenhorrée, ainsi que l'adhérence de l'iris avec la cornée dans plusieurs points, et l'accumulation de l'humeur aqueuse dans la chambre antérieure, déterminent lentement alors la saillie du staphylôme. Dans ce cas, le staphylôme total de la cornée est imminent. Si l'on rétablit la communication entre les humeurs de l'œil et celle de la chambre antérieure en pratiquant une pupille artificielle, de cette manière, on guérit non seulement le staphylôme existant, et l'on prévient la formation du staphylôme total de la cornée, mais encore on peut rendre la vue au malade.

REVUE GÉNÉRALE.

Anatomie et Physiologie.

Sur un nerf propre au muscle tenseur de la membrane du tympan. *Par M. Breschet.* — On admet généralement que le muscle interne du marteau ou muscle tenseur de la membrane du tympan, reçoit un filet nerveux de la portion dure de la 7.ᵉ paire ou nerf facial; c'est une erreur, il possède un nerf tout particulier, qui lui est fourni par un ganglion adhérent au nerf maxillaire inférieur. Voici quelle est sa disposition chez l'homme : à la partie postérieure et inférieure du trou ovale ou maxillaire inférieur, se trouve un ganglion nerveux assez gros, assez irrégulier, d'un gris rougeâtre et fortement adhérent au nerf maxillaire inférieur. Ce ganglion, qui a été récemment décrit avec soin par M. F. Arnold, professeur à l'université d'Heidelberg, se trouve entouré de beaucoup de graisse, de tissu fibreux et de petits vaisseaux sanguins, de sorte qu'il est très-difficile de bien l'isoler. De la partie postérieure et supérieure de ce ganglion sortent deux filets nerveux, à une ligne environ de distance l'un de l'autre; le premier de ces filets, ou le supérieur, est deja connu : c'est celui qui concourt à former l'anastomose nerveuse de Jacobson. L'autre filet, ou l'inférieur, est destiné au muscle tenseur de la membrane du tympan; il n'est pas très-fin; il se dirige en arrière, un peu en haut, et gagne, après un trajet de trois à quatre lignes, la surface interne et postérieure du muscle tenseur, ou muscle interne du mar-

teau. Il continue à marcher sur la surface de ce muscle, jusqu'à l'endroit où celui-ci devient tout à fait charnu ; là il se divise en plusieurs petits filamens, qui pénètrent entre les fibres musculaires et s'y perdent. Ce nerf correspond à la partie interne de l'artère meningée moyenne, et à la partie supérieure de la trompe d'Eustachi, à l'endroit où la portion osseuse de ce canal se continue avec la portion cartilagineuse ; il se trouve situé au-dessous du filet nerveux qui concourt à former l'anastomose de Jacobson, et au-dessus de l'apophyse épineuse du sphénoïde. Pour le découvrir on procède de la manière suivante : après avoir scié le crâne et enlevé le cerveau ainsi que la mâchoire inférieure et l'arcade zygomatique, on fait une coupe en V, dont l'ouverture doit être tournée en haut, et dont le sommet doit correspondre au trou oval, on détache toute la graisse qui entoure le tronc du nerf maxillaire inférieur ; on cherche immédiatement sous la dure mère, entre le nerf vidien superficiel et le muscle interne du marteau, le filet anastomotique de Jacobson, qu'on voit sortir de dessous ce muscle, d'un petit canal osseux, et se rendre au ganglion dont il a déjà été question. Ce filet de l'anastomose pourra servir de guide, car c'est immédiatement derrière lui que prend naissance le nerf du muscle interne du marteau. M. Breschet a observé ce dernier sur le chien, le cheval, le veau et le lapin. Le nerf du muscle tenseur de la membrane du tympan tire son origine de l'appareil ganglionnaire, et non pas, comme on l'avait cru, d'un nerf appartenant au système cérébro-spinal. Aussi le muscle tenseur n'est-il point sous l'influence de la volonté. Le ganglion que fournit le nerf dont il est ici question, fait pour ainsi dire, suite au ganglion semi-lunaire ou de Gasser, dont il ne semble être qu'une extension dans certains animaux. Il reçoit un ou plusieurs filets du grand sympatique, concurremment avec le ganglion de Gasser, dans lequel se rendent la plupart des branches nerveuses du plexus carotique. (*Répert. d'anat. et physiol. pathol.* t. VI p. 92).

Pathologie.

Vice de conformation du cœur, absence de la cloison interventriculaire. — *Obser. par M. Wittchke.* — Un homme, âgé de 24 ans, éprouvait, depuis son enfance, des palpitations de cœur d'une nature particulière, (l'auteur ne nous apprend pas ce qu'elles présentaient de remarquable), sans offrir d'ailleurs d'autres symptômes de maladie. A l'âge de 19 ans, à la suite d'une inflammation de poitrine, la violence des palpitations augmenta à un très-haut degré, et il s'y joignit une dyspnée des plus fortes. Ces accidens allèrent en augmentant, et les accès de suffocation devinrent plus fréquens et plus longs, surtout pendant la nuit. Le malade ne pouvait rester un instant

dans une position horisontale; sa figure était livide et bouffie, les extrémités œdémateuses; le pouls, régulier et un peu dur, offrait 90 pulsations par minute. Les mouvemens du cœur étaient si violens qu'ils ébranlaient visiblement tout le côté gauche de la poitrine; la respiration était râleuse, la parole difficile et la voix rauque. Les symptômes d'hydropisie s'étant considérablemeni aggravés et la difficulté de la respiration étant devenue plus grande par l'accumulation de la sérosité dans l'abdomen, M. Wittchke se décida à pratiquer la ponction. Cette opération soulagea les souffrances du malade pendant un certain temps; mais tous les symptômes reparurent successivement, et il succomba au bout de quelques jours. A l'ouverture du cadavre, on trouva les poumons refoulés en arrière par le cœur dont le volume était beaucoup plus grand que d'habitude; le péricarde adhérent de toutes parts à la surface du cœur; ce dernier organe trois fois plus volumineux que dans l'état normal et rempli de sang coagulé; les parois des ventricules épaissies en proportion de l'augmentation de volume; enfin une absence complète de la cloison qui sépare les ventricules, et dont il ne restait pas le moindre vestige. Les gros vaisseaux n'offraient aucune disposition anormale, seulement les veines paraissaient un peu plus larges que de coutume. Dans le dernier volume des Archives nous avons déjà rapporté plusieurs cas à peu près analogues. (*Hufeland's Journal*. Avril 1828).

Perforation ulcéreuse de l'oreillette gauche du cœur. *Obs. par M. P. Maruéjouls, docteur médecin.* — Jean-Pierre Lemonsi de Tendols, ancien militaire, domestique, menant une vie réglée, se plaignait depuis quelques jours d'une douleur au côté gauche, accompagnée de toux et de difficulté de respirer. Le deuxième jour de son indisposition il garda le lit; le troisième se sentant mieux, il se leva de bon matin, déjeûna et se mit ensuite en route avec ses bœufs pour aller chercher du minerai à une lieue environ de son village. En arrivant à la mine, sa démarche était triste et sa tête baissée, lorsque tout à coup les ouvriers, qui observaient l'air de souffrance de cet individu, le virent tomber de son siège. Ils coururent pour lui porter secours, mais tous leurs soins furent inutiles. M. le docteur Maruéjouls, se trouvant à ce moment près de là, alla voir le cadavre qu'on avait transporté dans le séchoir d'un domaine voisin. La pâleur répandue sur la figure, qui portait l'empreinte de longues et vives souffrances, le froid de tout le corps, fixèrent tellement son attention, qu'il fut le soir même demander au maire l'autorisation de faire l'ouverture du corps. Elle fut faite le lendemain, 18 heures après la mort. Des renseignemens postérieurs pris sur le compte de cet homme apprirent qu'il traînait depuis 15 ou 16 mois une vie languissante, qu'il était essoufflé à la moindre course et que le fardeau le plus lé-

ger était pour lui d'un poids énorme. *Autopsie*. Système musculaire très-développé, raideur cadavérique très-forte. Il existe dans l'aine droite une longue et large cicatrice qui provient évidemment d'un bubon abcédé et ouvert spontanément. La percussion pratiquée sur la poitrine donne à gauche, un son mat qui n'existe pas à droite. Les cartilages costaux ayant été mis à nu de chaque côté par une longue incision, M. Maruéjouls détacha le sternum de son articulation claviculaire; arrivé au cartilage de la seconde côte gauche, un flot de sérosité jaunâtre s'échappa aussitôt par un jet fort et soutenu. La plèvre était tellement remplie de cette sérosité, que le poumon se trouvait aplati et refoulé sur le côté correspondant de la colonne vertébrale. Il n'y avait ni rougeur ni flocons, ni exsudation membraniforme. Le poumon était sain et crépitant, ainsi que celui du côté droit, quoique un peu plus gorgé de sang que de coutume. Le péricarde, très-volumineux, fut ouvert sur sa partie antérieure, il s'en coula beaucoup de sérosité rougeâtre. L'ouverture agrandie, on arrive à un caillot très-considérable qui recouvrait tout le cœur. Le poids en fut évalué, par approximation, à deux livres; après avoir enlevé ce caillot et abstergé le péricarde de tout le sang qu'il contenait, on examina le cœur en place avec beaucoup de soin ; son volume était une fois et demie au moins celui du poing du sujet; il était plus mou que d'ordinaire, ses parois ventriculaires étaient flasques et affaissées, surtout à gauche. L'ayant soulevé, M. Maruéjouls aperçut tout à fait en haut, sur sa face postérieure, un petit caillot de forme alongée, qui conduisait dans l'oreillette gauche. On pouvait facilement introduire le petit doigt dans cette ouverture qui était parfaitement arrondie. L'oreillette ouverte et débarrassée des caillots qu'elle contenait, la perforation fut examinée. Elle était située un peu à gauche de l'ouverture de la veine pulmonaire droite ; la membrane interne de l'oreillette était blanche et luisante, excepté au pourtour de l'ulcération, où elle était d'un rouge violacé; les parois étaient en cet endroit friables et bien évidemment ramollies. L'appendice était comme ecchymosée ; les artères aorte et pulmonaire étaient saines, sans ossification ni rougeur intérieure, et les valvules en bon état; l'estomac, rempli d'alimens à demi digérés, présentait une injection considérable qui ne disparaissait point par le frottement ou en raclant sa membrane interne. La veine iliaque, ouverte par hasard, fournit beaucoup de sang noir et liquide, le crâne ne fut pas ouvert. (*Répert. d'anat. et physiol. pathol.* t. VI. p. 229).

Thérapeutique.

Rapport sur l'institut chirurgical et ophtalmiatrique de Berlin. — *Par le professeur de Graefe.* — Le nombre des malades traités,

pendant l'année 1827, tant dans cet établissement qu'à leurs domiciles, s'est élevé à 1565; sur lesquels 1134 offraient des maladies chirurgicales et 431 des affections des yeux; 1263 ont été guéris; 12 sont morts et 290 ont été transférés dans d'autres hôpitaux, ou n'ont pas été guéris pour différentes raisons. Voici un apperçu des observations les plus intéressantes recueillies dans cette maison.

1.° *Opération de la cataracte.* On a opéré 18 individus de la cataracte par extraction, en faisant la section de la cornée par sa partie supérieure. Un seul n'a pas été guéri; la cornée est devenue opaque à la suite d'une inflammation à laquelle l'œil était très-sujet. « Ce procédé, dit M. Graefe, offre de grands avantages sur la section de la cornée pratiquée en bas. Les inflammations, qui résultent de l'opération, sont en général moins intenses et la vue est moins en danger de se perdre, parce que la partie inférieure de la cornée restant intacte, conserve toute sa transparence et sa convexité normales ».

2.° *L'opération de la pupille artificielle* a été pratiquée sur 7 personnes, dont 5 recouvrèrent complètement la vue. Dans les deux autres, les pupilles se formèrent bien, mais une exsudation plastique dans la profondeur de l'organe empêcha la réussite de l'opération.

3.° *Traitement de l'ophthalmie chronique.* L'application d'une solution *concentrée de nitrate d'argent* dans l'œil s'est montrée si utile dans les cas *d'ophtalmo-blennorrhées* opiniâtres et chroniques, accompagnées d'une abondante sécrétion purulente, que l'auteur croit devoir appeler sur ce mode de traitement l'attention spéciale des praticiens.

4.° *Calcul des narines.* Une femme de moyen âge, après avoir éprouvé pendant environ deux ans tous les symptômes d'un coryza très-intense, avec tuméfaction du côté gauche du nez et épiphora continuel, rendit, en se mouchant, une concrétion pierreuse de neuf lignes de long, sur cinq d'épaisseur, d'une couleur brune-grisâtre, à surface verruqueuse, résonnant à la percussion et d'une structure très-compacte. Divisée au moyen d'une petite scie, on vit, avec étonnement, que le centre n'était autre chose qu'un noyau de cerise bien conservé, mais dont l'amande était réduite à une pellicule très-mince. Autour de ce noyau, la matière calcaire formait des couches concentriques, les unes verdâtres, d'autres brunâtres et d'autres enfin presque blanches. La malade n'avait aucun souvenir de l'introduction du noyau de cerise dans les fosses nasales.

5.° La *Rhinoplastie* a été pratiquée avec succès sur un ouvrier, âgé de 45 ans, qui avait perdu une grande partie du nez par un ulcère cancéreux.

6.° La *Lithotritie* a été tentée une seule fois sans succès; la pierre était trop grosse pour pouvoir être saisie et broyée.

7.° L'*opération de la hernie étranglée* a été pratiquée plusieurs fois avec une complète réussite. Dans un cas le sac herniaire avait, dans toute son étendue, une épaisseur d'environ un demi-pouce ; la hernie était très-ancienne.

8.° *Pansement sans ligature après l'amputation.* Le fils du docteur Koch de Munich, afin de démontrer l'efficacité du procédé de son père pour amputer les membres sans faire la ligature des artères, même les plus grosses, se chargea de couper la cuisse à un malade affecté de carie à l'articulation fémoro-tibiale. L'amputation fut pratiquée avec beaucoup de dextérité et la plaie immédiatement réunie par des bandelettes agglutinatives qu'on soutint au moyen d'un bandage circulaire très-serré. L'écoulement du sang très-abondant d'abord, s'arrêta après le pansement ; mais peu de temps après, l'hémorrhagie reparut plus terrible, et résista à tous les moyens de compression et à l'application du froid. Au bout de quatre heures d'essais inutiles, M. Koch convaincu de l'inefficacité de son procédé, pratiqua la ligature des vaisseaux, et un mois après l'opération, le malade sortit parfaitement guéri. (*Journal für Chirurgie und Augenheilkunde.* tom. XII).

Ectropion traité avec succès par la méthode de Celse (1). — *Par Malvani, docteur médecin à Turin.* — Depuis Bordenave et Louis, on a proscrit d'une manière trop absolue l'emploi de la méthode de Celse dans le traitement de l'ectropion. Nul doute que l'excision de la conjonctive ne soit dans la plupart des cas la meilleure, l'unique méthode à suivre ; que dans l'ectropion de la paupière inférieure, le seul résultat possible de l'opération de Celse ne fut une augmentation du mal à cause de la difficulté de tenir écartées les lèvres de la plaie, et la paupière inférieure relevée sur le globe de l'œil. Si les mêmes obstacles existaient au même degré pour la paupière supérieure, il faudrait tenir pour incurables tous les cas dans lesquels une rétraction un peu considérable de ce voile mobile ne permettrait d'espérer aucun résultat de l'excision du bourrelet muqueux qui se place au-dessous de lui. C'est contre cette

---

(1) *Paulùm infrà supercilium cutis incidenda est lunatâ figurâ, cornibus ejus deorsum spectantibus. Altitudo esse plagæ usque ad cartilaginem debet, ipsâ illâ nihil læsâ. Nam, si ea incisa est, palpebra concidit, neque attolli postea potest. Cute igitur tantum diducta sit, ut paululum in imâ oculi orâ descendat hiante scilicet super plagâ, in quam linamentum injiciendum, est quod et conjungi diductam cutem prohibeat, et in medio carunculum creet, quæ ubi eum locum implevit, postea rectè oculus operitur.*

opinion, depuis long-temps généralement établie, que s'élève M. Malvani). Il discute avec quelque étendue les motifs sur lesquels on la fonde, cite deux faits publiés, l'un par Marchan dans l'ancien *Journal de Médecine*, (mai 1773) l'autre par Pellier dans son *Recueil de Mémoires sur les maladies de l'œil*, 1783, qui prouvent que l'opération de Celse peut procurer la guérison dans des cas où nulle autre méthode ne serait applicable, et rapporte l'observation détaillée d'une maladie de l'espèce dont il s'agit, qu'il a eu occasion de traiter, et dont la guérison date d'assez loin pour qu'on ait la certitude qu'elle est solide et à l'épreuve du temps. Cette observation sera la seule chose que nous extrairons du mémoire de M. Malvani, nos lecteurs déduiront eux-mêmes les conséquences qui en découlent naturellement.

« La petite Segrès, âgée de 7 ans, me fut présentée par ses parens, le 25 octobre 1824, pour avoir mes conseils sur une difformité qu'elle portait à la paupière supérieure de l'œil droit : le bord libre de cette paupière était porté en haut et renversé en dehors par une ancienne cicatrice qui occupait le sourcil ; en pressant sur ce bord pour ramener la paupière à couvrir l'œil, on ne pouvait guères l'éloigner de l'arc orbitaire supérieur que de trois lignes ; les cils étaient portés fortement en haut ; un gros bourrelet d'un rouge vif, formé par la conjonctive palpebrale tuméfiée, couvrait en partie le globe de l'œil ; le bord de la paupière inférieure était aussi légèrement renversé en bas par d'autres cicatrices, de manière que sous le plus grand effort du muscle orbiculaire, afin de fermer les paupières, elles ne pouvaient recouvrir le globe de l'œil ; les points lacrymaux, déviés de leur direction, permettaient aux larmes de couler continuellement sur la joue ; l'acreté en était telle, que cette région était habituellement tuméfiée et excoriée ; les vaisseaux de la conjonctive étaient extrêmement injectés ; une tache blanchâtre ou nébuleuse obscurcissait les deux tiers au moins de la cornée ; enfin, j'avais sous les yeux un des tableau les plus exagérés que les auteurs aient jamais décrit des suites de cette maladie. Trois ans auparavant, cet enfant était tombé dans une marmite de bouillon ; la brûlure qui lui occupait tout le visage avait produit la cicatrice et la difformité. Plusieurs chirurgiens des plus distingués avaient déclaré toute opération inutile, et conseillaient simplement de tenir l'œil couvert par quelque moyen artificiel. Le cas était grave ; la perte de la vue assurée de ce côté ; la difformité était dégoûtante, et menaçait d'augmenter tous les jours..... je me crus autorisé à entreprendre l'opération que je vais décrire.

« Le 8 novembre 1824, la petite Segrès étant maintenue immobile entre les genoux d'un aide intelligent, j'ai tracé avec de l'encre une

ligne courbe, partant de l'angle orbitaire interne jusqu'à l'externe du côté malade, à quelques lignes *au-dessus* du sourcil, et parallèle à cette série de poils. J'incisai ensuite la peau dans cette direction et le tissu cellulaire sous-cutané; je disséquai la lèvre inférieure de la plaie dans l'espace de deux lignes environ pour la séparer des parties sous-jacentes; après quoi je pus facilement ramener la paupière à couvrir l'œil : les cils reprirent à-peu-près leur direction naturelle : le bourrelet de la conjonctive, placé entre les bords libres des paupières, en empêchait seul le contact. La plaie remplie de charpie mollette, quelques petites compresses graduées placées sur les cils et le bord libre de la paupière supérieure fermée, soutenues par un bandage à monoculus, complétèrent le pansement, et suffirent pour maintenir ces parties dans la position indiquée. Les pansemens furent continués avec les mêmes précautions et le même succès jusqu'à l'entière cicatrisation de la plaie. Le 15 décembre, trente-huit jours après la première opération, je me suis décidé, pour ne pas assujettir la malade à la dissection du bourrelet de la conjonctive, opération assez longue, et qui demande beaucoup de précautions à cause de l'indocilité naturelle aux enfans de cet âge, je me suis décidé à emporter le plus qu'il était possible de cette tumeur d'un seul coup de ciseaux, espérant que le dégorgement et la suppuration feraient disparaître le reste. Ce morceau emporté avait l'épaisseur de trois lignes, et une consistance presque cartilagineuse : quinze jours après la plaie de la conjonctive semblait cicatrisée, et cette espèce de fongosité paraissait toujours hors des paupières; le nitrate d'argent fondu, le muriate d'antimoine ne firent que la diminuer légèrement: enfin ce n'est qu'après y être revenu à différentes reprises avec les ciseaux, et après avoir emporté toute la portion de la conjonctive dégénérée et calleuse que j'ai réussi à délivrer cette petite malade de l'espèce de tumeur qui altérait si désagréablement sa physionomie ». Le 10 septembre 1825, huit mois après l'opération, la guérison se maintenait, et l'état des parties était tel que n'aurait jamais pu le procurer toute autre opération que celle qui avait été pratiquée. (*Journal génér. de Méd.* juillet 1829).

Emploi de la morphine dans la coqueluche. — Le docteur Meyer, de Minden, annonce qu'il est parvenu à faire disparaître, dans l'espace de quelques jours, tous les symptômes de la coqueluche, par l'application de la morphine à l'extérieur, d'après la méthode endermique. Voici comment il dirige le traitement : il applique un très-petit vésicatoire à la région épigastrique, et après avoir enlevé l'épiderme, il applique sur la surface denudée un demi-grain de morphine triturée avec une certaine quantité d'amidon. Cette application est renouvellée tous les soirs. Il est souvent nécessaire de renouveler

le vésicatoire qui se déssèche rapidement. Le seul remède que M. Meyer emploie concurremment avec celui dont il s'agit est un émétique. Il rapporte cinq observations de guérison complète de coqueluches très-violentes, dans l'espace de huit jours, et sans qu'il fût nécessaire de recourir à aucun autre moyen. (*Rust's magazine*, t. 28).

Anévrysme de l'artère brachiale, guéri par la ligature temporaire; *par le docteur J. Bologna.* — Cette observation est une nouvelle preuve en faveur de la ligature temporaire, et peut confirmer le précepte donné par quelques chirurgiens, d'appliquer une seconde ligature au-dessus de celle qu'on serre immédiatement, afin de prévenir les accidens qui surviendraient si cette dernière était appliquée sur une portion altérée du vaisseau. — Dominique Socato, âgé de 86 ans, menuisier, fut blessé à l'artère brachiale dans une saignée qu'on lui pratiqua au commencement de février 1829. Cette blessure fut bientôt suivie d'une tumeur anévrysmale accompagnée d'un gonflement inflammatoire qui occupait tout le bras. Des saignées répétées, et l'application des refrigérans sur le membre réduisirent son volume, mais laissèrent plus apparente une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule, circonscrite, avec pulsation, occupant le pli du bras. Elle devint progressivement de plus en plus volumineuse, à tel point que le 23 juin, elle s'étendait d'une part presque au creux de l'aisselle suivant le trajet de l'artère brachiale. Sa longueur était de huit pouces neuf lignes, et dans la partie la plus large de sa circonférence elle offrait, y compris le bras, douze pouces et demi. Le docteur Bologna, en présence des docteurs Pasini et Vigna, mit l'artère humérale à découvert vers le sommet de la tumeur, à quatre travers de doigt au-dessous de la tête de l'humérus, c'est à dire un peu au-dessous de la naissance de l'artère profonde. L'artère fut liée après avoir interposé entre la ligature et le vaisseau le petit cylindre de toile, comme le conseille Scarpa. L'opération n'offrit rien de très difficile.

Aussitôt après la ligature, les pulsations cessèrent dans la tumeur de même que dans l'artère radiale; le malade se plaignit seulement d'un sentiment d'engourdissement dans tout le membre, dont la chaleur était plus élevée que celle du membre opposé. Les bords de l'incision furent rapprochés modérément, et un pansement simple fut fait. Le lendemain on commença à remarquer des pulsations obscures dans l'artère radiale, puis dans la tumenr, et bientôt elles devinrent plus prononcées. Dans la matinée du cinquième jour, 66 heures après l'opération, la ligature fut coupée et enlevée, mais on reconnut qu'elle était sensiblement relâchée: les battemens étaient très-sensibles dans la tumeur. Pensant que la ligature s'était relâchée, ou que, suivant toutes les apparences, elle avait été placée sur une portion de l'artère

altérée, ou trop peu sucesptible de s'enflammer pour donner lieu à l'adhésion de ses parois, et consécutivement à son oblitération, le docteur Bologna n'hésita pas à pratiquer une seconde ligature dans un point plus élevé de l'artère. Par une nouvelle incision il prolongea l'angle supérieur de la plaie, découvrit l'artère, et la lia de la même manière que précédemment, un demi-pouce au-dessus de la première ligature, les battemens cessèrent aussitôt dans la tumeur. Au milieu du jour suivant on commença à sentir quelques pulsations dans l'artère radiale, elles devinrent successivement plus marquées, mais aucunes ne reparurent dans la tumeur. La chaleur du membre se maintint toujours à un degré élevé. Le cinquième jour la ligature fut coupée et enlevée, il ne survint rien de particulier; le sixième jour on put sentir déjà des battemens dans l'artère collatérale externe, le huitième, dans l'artère collatérale interne; au bout de 45 jours, après cette seconde ligature, la plaie était complètement cicatrisée, la tumeur réduite à la moitié de son volume, et les mouvemens du bras et de la main parfaitement libres.

De cette observation intéressante, le docteur Bologna tire les conclusions suivantes : 1.° On peut appliquer avec succès une seconde ligature, au-dessus du point où une première a d'abord été appliquée, si l'on a quelque raison de penser que celle-ci ait été placée sur une portion d'artère qui est altérée; 2.° la formation du caillot fibrineux et l'oblitération du vaisseau ont constamment lieu le quatrième jour après l'opération, toutes les fois que la ligature est faite sur une artère saine; 3.° ce résultat avantageux peut s'observer même chez les sujets très avancés en âge et affaiblis; 4.° enfin c'est à tort que quelques auteurs pensent que dans la partie sur laquelle la ligature est appliquée, nonobstant l'interposition du petit cylindre de sparadrap, les parois de l'artère éprouvent un tel ramollissement que quoiqu'on enlève la ligature au bout de peu de temps, cette portion du vaisseau tombe dans un état de mortification. La plupart de ces objections, auxquelles le docteur Bologna répond, avaient été faites par Vacca Berlinghieri à la méthode de Scarpa. Afin de prouver que l'artère est convertie en un cordon ligamenteux là où elle a été liée, il rapporte un cas qui s'est présenté en décembre 1828, à la clinique chirurgicale de Pavie. Un homme de 70 ans fut opéré pour un anévrysme poplité, par le docteur Molina; on appliqua la ligature temporaire sur l'artère fémorale. Ce malade étant mort le cinquième jour après l'opération, l'artère n'offrait aucune trace d'ulcération dans le point où elle avait été liée, toutes ses membranes étaient intactes, et sans épaississement bien notable. Le vaisseau était oblitéré complètement dans l'étendue d'un pouce au-dessus de la ligature, et le caillot fibrineux adhérait fortement à la paroi interne de l'artère. (*Annali universali di Med.* juin 1829).

PÉRITONITE GUÉRIE PAR LES FRICTIONS MERCURIELLES. — *Obs. communiquées par M. Gauché, docteur médecin au port Sainte-Marie.*

1.re *Obs.* — M.me Baissol, (habitant le port Sainte-Marie), âgée de 37 ans, d'un tempérament nerveux-sanguin, petite et grosse, mère de quatre enfans, habituellement bien réglée, éprouva, il y a environ trois ans, une maladie qui dura cinq semaines et dont les symptômes se rapportaient à ceux d'une péritonite aiguë. Les débilitans poussés à un point extrême composèrent seuls les moyens que l'art employa. Cette péritonite et celle dont je vais donner l'histoire survinrent dix à douze mois après l'accouchement, pendant que la mère nourrissait encore.

18, 19 et 20 du mois de mai 1829, flux menstruel bien moins abondant qu'à l'ordinaire. 21, vers deux heures après midi, frisson dans les jambes, et à sept heures du soir, après que la malade eut pris son dernier repas, douleur à l'épigastre qui persista toute la nuit. 22, (1.re visite). Décubitus sur le dos, abattement, douleur vive occupant un espace plus étendu, s'exaspérant de temps à autre, entre l'ombilic et l'épigastre. *Ventre mou*, un peu plus gros que de coutume. Visage souffrant, pâle; langue humide et blanchâtre; pouls petit et peu fréquent; parole difficile. (*Cataplasme de lin, lavement émollient avec addition d'un gros de camphre. Diète*). A deux heures de l'après-midi, symptômes augmentés. (*Saignée de 20 onces*). La malade n'éprouva aucun sentiment de faiblesse ni de de soulagement. A onze heures du soir, la douleur avait envahi la plus grande partie du ventre, lequel conservait cependant sa flaccidité habituelle; quelquefois elle devenait si aiguë que le contact seul de la chemise était insupportable. Urines rares et difficiles; constipation. (20 *sangsues sur le ventre, loco dolenti*). Elles coulent abondamment pendant quatre heures. Après un léger amendement la douleur reparaît aussi forte que jamais. 23, même état. (*Bain émollient de* 3 *heures*). La malade s'y trouve bien; mais ce mieux fut de courte durée, car il cessa presqu'à la sortie du bain, et à cinq heures du soir le mal avait repris sa première intensité; de plus, céphalalgie. (*Tisane d'orge, diète, potion calmante avec le tilleul et le sirop diacode.* ℥ j.).

Considérant l'inefficacité du traitement antiphlogistique dans le cas présent et la gravité des symptômes, je me décidai à l'emploi du mercure selon la méthode de M. Velpeau, et cela avec une certaine confiance, puisque je l'avais déjà mis en usage moi-même avec succès quoiqu'en suivant une marche différente. Ainsi il fut résolu que, chaque deux heures, une friction serait faite sur toute l'étendue du ventre avec l'onguent mercuriel double à la dose de deux à trois gros chaque fois; ces frictions furent faites avec tout le soin

possible, et après chacune d'elles on recouvrait le ventre avec un large morceau de flanelle. A minuit l'émission de l'urine était facile, la pression du ventre n'occasionnait plus d'aussi fortes douleurs, et les coliques se montraient plus rarement; sur la pointe du jour sommeil de deux heures.

Le 24, pour vaincre la constipation on donna quelques cuillerées d'huile de ricin et de sirop de limon par parties égales : (3 *à* 4 *selles de matières dures et moulées comme de petites boulettes*); la dernière entraîna avec elles deux lombricoïdes, tout en s'accompagnant de cuisson à l'anus et de légères coliques. Durant cette journée la céphalalgie baissa d'intensité, et le pouls toujours sans fréquence sembla se relever un peu. Langue toujours la même, c'est-à-dire humide et blanchâtre. 25, nuit bonne, sommeil de quatre à cinq heures. Ventre seulement sensible à la pression. La malade désira un bain; elle y resta environ trois quarts d'heure, et elle y urina sans douleur. (*Limonade, deux bouillons pour la première fois; on éloigna les frictions*). Le 26, les effets du mercure se manifestèrent aux gencives et sous la mâchoire inférieure où la malade ressentait de la douleur. (*Dernière friction à midi; on nettoie le ventre avec de l'huile d'olives*). Le 27, convalescence franche; guérison les jours suivans.

2.e *Obs*. — Pierre Ducas (habitant le port Sainte-Marie), ancien militaire, âgé d'une quarantaine d'années, d'une stature haute et d'un embonpoint médiocre, fut pris, sur la fin du mois de décembre 1828, de frisson, et puis de douleur dans la région ombilicale; en peu de jours son ventre devint plus gros, plus dur et plus sonore; il éprouvait de la fièvre, des vomissemens et de la constipation. Ces symptômes furent en augmentant jusqu'au 2 février; le traitement employé jusqu'alors avait consisté en purgatifs et en remèdes réputés anti-scrofuleux. Point d'émissions sanguines.

2 Février 1829 (1.re *visite*). Décubitus sur le dos, anxiété, maigreur; cicatrice difforme (*scrofuleuse*) des deux côtés du cou; engorgement des ganglions lymphatiques de cette région, des aisselles, de la partie antérieure et inférieure du bras gauche et des aines; quelques-unes sont en pleine suppuration; de plus, hernie inguinale à droite. Abdomen plus gros que de coutume et fortement météorisé, douleur aiguë dans les régions ombilicale et épigastrique; la percussion y fait entendre un son clair, et mat dans les autres points; du reste en se joignant à d'autres signes, elle démontre qu'un liquide anormal s'est épanché dans la cavité péritonéale. Nausées, hoquet, constipation, pouls petit et très-fréquent; peau sèche et chaude, langue large, humide et blanchâtre. (20 *sangsues sur le ventre, loco dolenti, cataplasme émollient, orge nitrée; eau de tamarin*). L'état de faiblesse

ne permit point d'oser tenter une saignée. Le lendemain au soir 3 février, ventre moins douloureux, moins météorisé; pouls moins fréquent. Le 7 les symptômes avaient repris leur première intensité; soif plus grande, langue pourtant toujours humide et blanche. (*Nouvelle application de sangsues*) 8, ventre sensiblement diminué, il est plus souple, mais le son mat occupe une étendue plus considérable. 20, sueurs partielles, soif presque nulle, urines rares, douleur légère mais continue dans la région épigastrique; faiblesse et maigreur de plus en plus grandes. (2 *vésicatoire aux cuisses, fomentations aromatiques, tisane diurétique, quatre bouillons.*

Le mal ne borna pas encore ses progrès : au 1.er mars il semblait être au-dessus des ressources de l'art; on n'attendait plus que l'instant de la mort; dans cet état désespéré je conseillai les frictions mercurielles, sans oser donner aucun espoir aux parens, n'en ayant pas moi-même. Deux à trois gros d'onguent mercuriel composèrent chaque friction; on les répétait trois fois par jour sur le ventre, à la partie interne des cuisses, et le soir de nouveau sur le ventre. Les vésicatoires ne donnaient plus, le malade prenait une orangeade pour boisson et un peu de suc de poulet. Sous l'influence de cette médication quel ne fut pas mon étonnement de voir cette maladie, dont le pronostic avait été la mort, s'amender rapidement. Au bout de 10 à 12 jours le ventre avait diminué pour ainsi dire à vue d'œil, il avait repris toute sa souplesse. Les forces et l'appétit commencèrent à renaître et durant ce court espace de temps l'engorgement des ganglions des aines disparut en grande partie. Après le 12 mars on éloigna les frictions de telle sorte que la dernière fut pratiquée le 20. Vers la fin du mois d'avril le malade put reprendre ses occupations ordinaires, quoique cependant il ressentît parfois quelques douleurs sourdes dans la region épigastrique. Ce malade ne présenta jamais aucun symptôme de salivation.

Les ganglions du cou, des aines, etc. etc. et l'état général du malade portent certainement à croire que tels devaient être les ganglions du mésentère, quoique le toucher n'en ait jamais fourni la preuve. Or, on peut conclure que cette inflammation des glandes mésentériques s'étendit, parcontiguité de tissu, jusqu'au péritoine, de là à une plus grande étendue de cette membrane; et il fut encore évident pour moi que cette péritonite revêtit une forme chronique du moment même de son apparition. Si maintenant nous recherchions la part que le mercure a eue dans la guérison de cette maladie, devrions-nous avancer que son action fut d'abord portée contre l'engorgement des glandes mésentériques, commme le prouve la résolution des ganglites des aines, et puis, par contre coup, contre la peritonite? Ou bien la péritonite n'aurait-elle cessé que parce que sa cause n'existait plus?

Il en pourrait être ainsi; mais je pense qu'il est tout aussi rationnel de conclure que cette médication agit directement sur la péritonite, en même temps qu'elle imprimait une marche favorable à l'autre maladie.

Rhumatismes chronique et aigu guéris par l'acétate de morphine employé d'après la méthode endermique. — *Par le docteur Blanc.* *Obs.* I.re — M. de S.t-M..., d'un âge avancé, d'une forte constitution, affecté depuis 20 ans d'un rhumatisme musculaire, et depuis 4 d'une lésion non-caractérisée de la moelle épinière, éprouve de temps à autre des douleurs très-vives dans le membre inférieur gauche. Ses mouvemens sont gênés, sa marche incertaine, et plusieurs fois il a éprouvé des chutes subites par résolution des membres, sans aucun signe de congestion cérébrale. Les eaux de Bourbonne, le galvanisme, la strychnine ont été successivement employés, et avec avantage. La strychnine surtout avait procuré une étonnante amélioration, quand le malade, effrayé des renseignemens qu'on lui avait donnés sur les propriétés toxiques de cette substance, refusa d'en continuer l'usage. Il fallut y substituer de simples calmans. Le 2 juillet, le docteur Blanc, appelé près de lui, le trouva en proie à des douleurs qui lui arrachaient des cris. Elle parcouraient le membre inférieur gauche convulsivement agité; elles se fixaient une ou deux secondes au genou et passaient à la jambe. A peine quelques courtes intermittences séparaient ces éclairs d'atroces souffrances. Une couche de pommade ammoniacale de 2 lignes d'épaisseur, et large comme une pièce de 40 sols, fut appliquée aussitôt à la partie externe du genou. En 10 minutes la vésication fut produite. La vésicule fut arrachée et le derme séché, et M. Blanc saupoudra la surface denudée d'un 1/2 grain d'acétate de morphine. Les douleurs persévérèrent. 1/4 d'heure après, une 2.e mouche fut appliquée à la partie interne du genou. Cette fois survint un moment de calme. La même opération fut répétée une 3.e fois; à l'instant même les douleurs cessèrent, et, dit M. Blanc, ce qu'il y a de remarquable, c'est que depuis cette époque elles n'ont pas reparu. Il faut noter que le malade éprouva de l'assoupissement, et que, pendant la journée, il eut des bourdonnemens dans les oreilles et quelques légers vertiges.

Obs. II.e — M. P..... Le..... âgé de 30 ans environ, d'un tempérament sanguin, ayant, il y a quelques années, éprouvé pendant quatre mois les atteintes d'un rhumatisme aigu, jouissait depuis ce temps là d'une santé parfaite. Le 10 juillet, étant à la campagne, et ayant quitté un pantalon de flanelle dont il fait usage habituel, il fut, pendant plusieurs heures exposé à une pluie très-forte. En rentrant chez lui, il ressentit des frissons, de la céphalalgie, de la fièvre et de fortes douleurs dans la cuisse droite. Les mouvemens devinrent impossibles et donnaient lieu à de vives souffrances. La chaleur du

lit ne fit qu'augmenter les douleurs et la nuit se passa dans les souffrances et l'agitation. Le lendemain, fièvre intense; pouls tendu, battant 115 fois par minute, chaleur considérable, impossibilité complète des mouvemens, élancemens continuels et insupportables dans le membre malade. Soif, inappétence, langue un peu rouge. Deux mouches de pommade ammoniacale furent appliquées sur la cuisse droite, et les surfaces denudées du derme saupoudrées chacune d'un 1/2 grain d'acétate de morphine. Quelques heures après il n'existait plus de douleur. La maladie persista encore huit jours, mais sans faire souffrir le malade. Les mouvemens se rétablirent peu à peu, le pouls devint de moins en moins fréquent; et sous l'influence de la diète, de quelques boissons laxatives, la soif disparut, l'appétit se développa, et M. P.... Le.... fut guéri. C'est une circonstance à remarquer que l'acétate de morphine ait calmé les douleurs sans agir manifestement sur le cours de la maladie. (*La Clinique*, t. V. n.° 5.)

Accouchemens.

Cas de grossesse extra-utérine, terminé heureusement par la sortie du fœtus en fragmens, après 14 ans. — *Ob. par le docteur Wilmans.* — La femme M. âgée de 30 ans, se croyant enceinte depuis onze mois, s'adressa au D. Wilmans en 1812 au mois de mars, et lui rapporta les faits suivans : s'étant mariée il y a onze mois passés, elle n'avait pas vu depuis reparaître sa menstruation, qui avant son mariage avait toujours été régulière; le ventre s'était tuméfié peu-à-peu, mais seulement dans la région ombilicale, dans laquelle une chaleur insolite se faisait sentir. Dans le courant du troisième mois de cet état, elle avait commencé à être incommodée par des nausées, des vomissemens, de l'anxiété et des palpitations. A la fin du cinquième mois elle sentit les mouvemens de l'enfant, qui se manifestèrent ensuite de temps à autre pendant quatorze à quinze semaines; depuis deux mois et demi elle ne les sentait plus, pas même en se couchant sur le dos, les jambes étendues, position dans laquelle ils s'étaient précédemment manifestés avec le plus de force. Il y a deux mois la malade fut affectée de douleurs expulsives particulières, qui commençaient dans les lombes et s'étendaient de là à la région du bas-ventre où était placé l'enfant et puis vers les parties génitales; ces douleurs revinrent par accès de plus en plus rapprochés et durèrent douze à quinze heures, au bout desquelles elles disparurent complètement. Les douleurs ne ressemblaient pas aux coliques, et furent considérées par la malade et deux de ses voisines comme les véritables douleurs de l'enfantement. On envoya chercher en conséquence deux sages-femmes. Celles-ci après avoir examiné la malade à plusieurs

reprises, déclarèrent au bout de quelques heures, que le col de la matrice n'était nullement dilaté, et qu'il ne paraissait pas disposé à subir quelque changement; que ce que la malade croyait être un enfant pouvait fort bien n'être qu'une tumeur charnue, et que le meilleur parti à prendre était de consulter un médecin, aussitôt que possible. Après avoir obtenu ces détails, M. Wilmans apprit encore en questionnant la malade, que les mouvemens qu'elle avait attribués au fœtus avaient consisté dans des extensions et des contractions qui s'étendaient du côté gauche au côté droit de la région ombilicale. Ces douleurs ont disparu, mais non la plénitude du bas-ventre et le sentiment de pression. Depuis sept à huit semaines il semble à la malade qu'à chaque changement de position, l'enfant change de place, surtout du côté gauche. Les mamelles avaient déjà augmenté de volume pendant la première moitié de la grossesse; plus tard elles se tuméfièrent progressivement, et on y vit des traces d'un liquide laiteux; peu de temps enfin après la cessation des douleurs de l'enfantement, du véritable lait avait été sécrété en telle quantité qu'à plusieurs reprises il s'était écoulé par le mamelon, sans que celui-ci eût été excité. Cette sécrétion, après avoir duré trois jours, diminua lentement et ne disparut qu'au bout de quelques jours.

La malade n'était pas trop amaigrie, sa face était pâle, les mamelles encore assez fortes, mais sans traces de sécrétion laiteuse. Le bas-ventre était distendu depuis l'ombilic jusqu'au creux de l'estomac; inférieurement à l'ombilic il se présentait comme celui d'une femme non enceinte. La main découvrit facilement, derrière les tégumens et les muscles amincis de la région épigastrique, un fœtus qui ne donnait aucun signe de vie, mais auquel on pouvait imprimer de légers mouvemens, et qui paraissait avoir quatorze à quinze pouces de longueur. Ce corps était placé dans la direction du colon transverse, la tête à droite et les pieds à gauche. La peau du bas-ventre de la malade était lisse, le bassin bien conformé. Les parties génitales externes ainsi que le vagin et l'utérus se présentaient comme chez une femme non enceinte et qui n'avait jamais accouché.

Relativement à son état actuel la malade rapporta en outre qu'après s'être passablement bien portée pendant trois semaines, elle fut attaquée, il y a un mois, de spasmes qui consistaient dans une sensation douloureuse de pression et de constriction dans l'abdomen, et principalement à gauche de l'estomac; ces douleurs duraient quelquefois des journées entières et revenaient facilement lorsque la malade était couchée horizontalement avec la partie supérieure du tronc trop basse et un peu inclinée à gauche. Ces douleurs spasmodiques étaient accompagnées d'anxiété et de dyspnée, de vomituritions et de vomissemens, de sueurs froides, etc. Les selles étaient peu fréquentes même dans les

intervalles des accès; pendant ces accès les matières fécales étaient dures et de couleur grisâtre, les urines tantôt claires, tantôt troubles, peu copieuses, et leur émission accompagnée d'ardeur. La malade ne pouvait manger que peu à la fois, d'ailleurs l'appétit était rarement bien prononcé.

S'étant d'abord adressée au docteur Focke, la malade apprit de ce médecin, qu'elle était bien réellement enceinte, mais que son enfant ne se trouvait point dans la matrice, que par conséquent elle ne pouvait acconcher par les voies naturelles, et que le seul moyen de la débarrasser de son enfant consisterait à lui faire une incision au bas-ventre; qu'enfin son état maladif actuel paraissait provenir de la présence de cet enfant. La malade ayant répondu qu'elle ne se soumettrait jamais à une opération, M. Focke prescrivit différens médicamens qui diminuèrent considérablement les accès spasmodiques; ceux-ci se montrant néanmoins encore de temps à autre, et la malade étant trop faible pour aller consulter M. Focke qui logeait à une distance de quatre lieues, elle s'adressa au docteur Wilmans, qui après lui avoir confirmé ce que le docteur Focke avait dit relativement à la position de l'enfant, employa contre les spasmes dont se plaignait la malade, l'oxyde blanc de bismuth (sous-nitrate), à la dose de deux grains quatre fois par jour, alternativement avec une émulsion à laquelle étaient ajoutés de l'extrait de jusquiame et de la liqueur de corne de cerf succinée. De temps à autre M. Wilmans suspendait l'usage de ces remèdes, et prescrivait une potion laxative, à prendre pendant deux ou trois jours. En outre la malade faisait des frictions sur l'abdomen avec de l'huile de jusquiame et de l'ammoniaque. Au bout de deux mois de traitement, l'état de la malade s'était amélioré au point qu'elle ne se présenta plus chez M. Wilmans.

Ce n'est que quatorze années après, au printems 1826, que M. Wilmans revit la femme M. qui depuis quatre semaines était gravement malade. Il la trouva dans un état d'amaigrissement extraordinaire; une rougeur circonscrite colorait ses joues, le pouls était petit, fréquent, tendu; la soif, les sueurs et les anxiétés étaient très-fortes. La malade donna sur son état durant les quatorze dernières années les détails suivans : après qu'elle eut fait usage pendant quelque temps des médicamens prescrits par M. Wilmans, les accidens spasmodiques diminuèrent peu-à-peu ; trois mois après leur disparution complète, les règles reparurent; ce qui n'était pas arrivé depuis dix-huit mois; l'écoulement menstruel se répéta le mois suivant, puis ne revint plus, la malade étant devenue enceinte. La gestation et l'accouchement ne présentèrent rien d'anormal. Dans l'espace de dix ans la malade accoucha quatre fois; les enfans étaient tous bien conformés et vivans. Pendant ces quatre grossesses la malade ne fut incommodée

que dans la dernière période de chacune, par le développement excessif du ventre; elle éprouvait alors de la pression et de la tension à l'endroit ou était placé l'enfant extra-utérin, c'est-à-dire à la région épigastrique gauche, où l'on sentait et voyait durant la seconde moitié de la gestation une tuméfaction plus forte qu'à toute autre époque. La malade ajouta que pendant les quatre grossesses naturelles elle n'eut de vomissemens que durant les deux ou trois premiers mois, qu'elle ne fut pas affectée de palpitations, qu'elle ressentit de la chaleur aux parties génitales et de l'ardeur en urinant. Dans la grossesse extra-utérine, au contraire, les vomissemens ne s'étaient manifestés qu'au troisième mois, étaient provoqués facilement par la position horizontale; la chaleur était sentie à la région épigastrique; les mouvemens de l'enfant avait été moins forts que dans les grossesses naturelles, et les douleurs dirigées des lombes vers l'ombilic et de là vers les parties génitales, au lieu que dans les grossesses naturelles ces douleurs se dirigèrent directement des lombes vers le bassin.

Depuis le dernier accouchement, il y a quatre ans, les règles n'ont pas reparu, sans que pour cela la santé en fût troublée, celle-ci au contraire semblait se raffermir de plus en plus quand, il y a un mois, commencèrent des souffrances bien plus terribles que toutes les précédentes. D'abord se manifestèrent des douleurs brûlantes et pongitives dans la région du rectum et de la vessie, accompagnées de difficulté d'uriner; après qu'elles eurent duré deux ou trois jours survint un ténesme particulier et l'évacuation par l'anus d'une matière liquide, fétide, purulente, mêlée de sang coagulé rouge et noir, et de différens os de grandeur variable. Deux de ces os auxquels était solidement attachée une substance tendineuse, restèrent fixés, à cause de leur volume, derrière l'orifice de l'anus et furent extraits avec les doigts. Quelques jours après, une matière semblable à la précédente, mais plus liquide et également mêlée d'os entiers et en fragmens, fut évacuée par l'urètre, après une violente envie d'uriner; quelques os furent retirés de l'orifice de l'urètre au moyen des doigts. Un peu de matière stercorale était mêlée aux matières évacuées par l'anus ainsi qu'à celles qui s'étaient écoulées par l'urètre. Alternativement avec ces évacuations purulentes, la malade avait des selles régulières et sans mélange de matières étrangères.

Les évacuations purulentes, mêlées d'os, duraient depuis trois semaines et avaient considérablement affaibli la malade. Le mari avait recueilli dix des os et les remit au docteur W., qui les reconnut de suite comme appartenans pour la plupart au bassin et aux extrémités inférieures d'un fœtus; ces os étaient d'une couleur blanche grisâtre, de consistance normale, et leur surface externe ne présentait nulle part ni porosité, ni incrustation.

En examinant les parties de la malade M. W. trouva l'anus et l'orifice de l'urètre remplis par de la matière purulente semblable à celle des évacuations; il n'en trouva point dans le vagin qui ne présentait rien d'anormal; l'anus et l'urètre pouvaient être facilement dilatés. La partie inférieure du bas-ventre était molle et couvertes de rides, ainsi qu'on le remarque chez les femmes qui ont accouché; la région supérieure à l'ombilic était au contraire lisse, avançait sur l'inférieure et présentait quelques bosselures dures, qui semblaient avoir des connexions entre elles, et étaient légèrement mobiles; elles ne paraissaient être autre chose que les restes du fœtus, auquel appartenaient les os évacués. La plus grande de ces bosselures, qui pouvait avoir les dimensions d'une pomme de reinette, était située au côté gauche; elle fut considérée comme la tête du fœtus, d'autant plus que depuis l'évacuation des os, ce n'était que la partie du fœtus située à droite de l'ombilic qui avait diminué de volume.

Dans ces circonstances presque désespérées, M. Wilmans commença d'abord par régler le régime, qui devait consister dans des potages au gruau, du lait, et de la bière, avec deux jaunes d'œufs. Il prescrivit ensuite une poudre composée de : acide tartarique 5 grains, carbonate de magnésie 10 grains; opium et poudre de digitale pourprée de chaque un quart de grain; à prendre une ou deux fois par jour. Plus tard selon que les circonstances l'exigèrent M. W. fit prendre des décoctions de salep, de lichen, de quinquina, un mélange de teinture d'opium et d'acide sulfurique, la teinture de malate de fer, etc. En même temps on faisait des injections dans l'anus et l'urètre avec une infusion de jusquiame dans le lait, et on frictionnait l'abdomen et la partie inférieure de la colonne vertébrale avec l'huile de jusquiame unie au camphre.

Pendant les six premières semaines du traitement aucun changement n'eut lieu, à l'exception d'une augmentation de l'appétit. Durant cette époque, ainsi que pendant les six semaines suivantes, des os de différentes dimensions furent évacués par l'anus et par l'urètre; ces os appartenaient aux vertèbres, aux parois de la poitrine et aux extrémités supérieures du fœtus. Vers la fin de ces dernières six semaines, pendant lesquelles les évacuations d'os n'avait plus eu lieu qu'une fois tous les dix à quinze jours, l'état de la malade s'était sensiblement amélioré; il n'y avait plus de fièvre, l'appétit était revenu, la digestion se faisait plus facilement, l'embonpoint augmentait; les yeux avaient repris leur éclat naturel; la malade pouvait rester levée pendant une grande partie de la journée. M. Wilmans continua encore à voir la malade pendant deux mois, durant lesquels il ne prescrivit que des décoctions amères, et régla le régime. Les évacuations anormales devinrent de plus en plus

rares et cessèrent enfin complètement ; c'est par l'urètre que se fit la dernière. Les os qui furent évacués pendant cette période appartenaient aux extrémités supérieures, à la face et au crâne. Enfin la malade se rétablit complètement ; son bas-ventre ne présentant plus alors la moindre trace de tumeur ou de dureté.

Les os que le docteur W. avait recueillis pendant tous le cours de la maladie étaient les suivans : les deux moitiés de l'os frontal, auxquels manquait la portion orbitaire gauche ; les deux pariétaux en fragmens ; la portion occipitale de l'os occipital ; une portion écailleuse d'un temporal avec l'apophyse zygomatique ; les os maxillaires supérieurs, auxquels manquaient la surface orbitaire et l'apophyse zygomatique gauches ; un os zygomatique ; les os palatins ; neuf vraies côtes, dont cinq encore en rapport avec les six dernières vertèbres dorsales ; la dernière vertèbre lombaire encore attachée par une matière ligamenteuse à l'os des îles gauche ; les deux omoplates ; les deux humérus ; un radius ; les deux fémurs, un tibia ; quelques os du carpe, du métacarpe, du tarse et du métatarse. Quelques autres os avaient été perdus par le mari de la malade. (*Hufeland's Journal*. 1829, mars).

Grossesse extra-utérine ; Opération césarienne vaginale, Fœtus retiré vivant, *par M. Caignou*. — La femme Petit, demeurant à Paris, rue des Boucheries-St.-Germain n.° 52, âgée de 32 ans, mariée depuis douze, n'avait jamais joui d'une bonne santé. Devenue enceinte après deux ans de mariage, sa grossesse fut troublée par un état de malaise général, des douleurs hypogastriques d'une violence excessive, et terminée par une fausse couche au milieu du cinquième mois. Trois ans après, une seconde grossesse ne fut pas plus heureuse : des souffrances continuelles et diverses émotions déterminèrent un avortement à sept mois. L'enfant vécut dix jours. Il y a environ six mois et demi que la femme Petit conçut pour la troisième fois. Dès les premiers temps, des douleurs aiguës se firent sentir dans l'hypogastre et le bassin ; la marche était gênée ; la femme se trouvait toujours fatiguée ; l'appétit était mauvais. Au troisième mois, des nausées et des vomissemens survinrent, et les douleurs en furent accrues ; de fréquentes défaillances se joignirent à ces accidens. La malade se plaignait incessamment d'une pesanteur vers le siége ; la constipation était permanente, le ventre très-douloureux. (*Plusieurs saignées du bras, boissons adoucissantes, bains, cataplasmes et lavemens émolliens, régime doux, repos absolu.*) Ces divers moyens procurèrent un peu d'amélioration ; mais la malade, dont le travail, chez un boulanger, était de porter des fardeaux, fut forcée, pour subvenir à ses besoins, de reprendre ses occupations. Le mardi 14 juillet 1829, à dix heures du matin, la femme Petit ne pou-

vant résister aux douleurs abdominales qu'elle ressentait, eut recours à une sage-femme, qui reconnut une tumeur à peu de distance de la vulve (à deux pouces environ). Le col utérin, porté à un pouce et demi au-dessus du pubis, en avant et à droite, n'offrait aucune dilatation. M. Caignou fut appelé le même jour à onze heures du soir. La malade éprouvait les douleurs les plus vives, et qui semblaient annoncer un accouchement prochain. Physionomie altérée, présentant l'expression du découragement et de la faiblesse; pouls dur, profond et accéléré; soif intense; peau sèche. Au toucher, M. Caignou reconnut, à travers les parois d'une tumeur, la tête d'un fœtus serré de toutes parts dans l'excavation du bassin. Le col utérin, situé comme il a été dit, donna issue, en différentes fois, à trois morceaux de caduque et à un liquide séro-sanguinolent d'une odeur très-fétide. Les symptômes indiqués et l'extrême sensibilité du ventre dénotaient une péritonite très-intense : trois saignées du bras furent pratiquées, des bains, des boissons acidulées, des lavemens émolliens furent administrés; mais ces derniers ne purent pénétrer au-delà du rectum. Les frictions mercurielles furent aussi mises en usage. L'état de la malade devenant, malgré tous ces moyens, de plus en plus désespéré, le lendemain matin, mercredi, en présence de plusieurs consultans, M. Caignou exposa la détermination qu'il avait prise de pratiquer l'incision de la tumeur pour extraire l'enfant; cet avis ne fut point partagé; on décida qu'il fallait attendre, en continuant le traitement employé jusqu'alors. Deux jours après, de nouveaux consultans en grand nombre, et parmi eux MM. Desormeaux, Deneux, Velpeau, virent la malade, reconnurent qu'il n'y avait de ressources que dans l'opération proposée, et furent d'avis de la pratiquer sans retard. Elle le fut à l'instant même (vendredi soir, 17 juillet, à onze heures moins un quart, cinquante-trois heures après la première proposition qu'en avait faite M. Caignou). Une incision de trois pouces fut pratiquée sur le vagin, de haut en bas et de gauche à droite. La tumeur fut ouverte dans la même étendue; alors apparut la tête du fœtus, le kyste qui le contenait se contractait en même temps qu'il survenait une douleur; mais dans l'état de faiblesse où se trouvait la malade, ces contractions n'auraient pu suffire pour expulser le fœtus; il fallut pénétrer dans le kyste pour le saisir, et il fut amené vivant. Il n'y eut point d'hémorrhagie; le placenta, qui était adhérent sur le côté gauche du kyste, fut laissé. La malade, qui, depuis trois jours, avait des *faiblesses*, en eut une nouvelle au moment où on la replaça sur son lit; cette défaillance ne tarda point à se dissiper sous l'influence de quelques boissons légèrement stimulantes; le reste de la nuit fut bon. Ce ne fut que le lendemain, vers les huit heures du soir, que la femme Petit succomba. — *Autopsie*. L'abdomen ou-

vert, on remarqua dans cette cavité un épanchement de liquide purulo-sanguinolent (quatre ou cinq verres). La matrice présentait une étendue de quatre ou cinq pouces de haut en bas, et de trois à quatre pouces transversalement. L'épaisseur de ses tissus était de huit à dix lignes. De chaque côté du corps de la matrice, et au dedans, existait un cul-de-sac très-distendu. La face interne de la matrice était *enflammée*; la face externe, au bas-fond, adhérente à l'épiploon. *La caduque* ramollie; ovaire gauche également ramolli et situé à la partie postérieure du *kyste*. *Kyste adhérent* à la matrice, aminci à la partie postérieure et supérieure droite, et sur le point de se déchirer. Intestins grêles, colon et cœcum remplis de matières fécales endurcies. Rectum vide et porté à droite. Epiploon étroitement adhérent à la partie antérieure des parois abdominales, dans une étendue de cinq pouces. Tous les intestins adhéraient à l'épiploon, qui était en entier dans un état de désorganisation gangréneuse; ces intestins offraient le même aspect. La partie extérieure de l'utérus, dans tout son bas-fond, était d'un rouge violacé. Le volume des trompes était plus considérable, et leur conduit beaucoup plus grand que dans l'état normal. Le placenta adhérait fortement à la surface sur laquelle il était implanté, *par un très-grand nombre de vaisseaux*. Tout le tissu cellulaire du bassin était infiltré et ecchymosé, particulièrement à gauche. (*Lancette Française*, tome II, n.° 39.)

Il manque à cette observation bien des détails qui seraient indispensables. La description anatomique des parties n'apprend rien sur la nature et le véritable siége de la grossesse. Les trompes étaient plus volumineuses et leur cavité plus large que dans l'état naturel; mais elles étaient libres. M. Caignou qualifie de *kyste* la cavité dans laquelle était renfermé le fœtus; mais ce *kyste* se *contractait* pendant les douleurs du travail, et la matrice elle-même, ou une portion de ses parois sont seules susceptibles de présenter un tel phénomène. Enfin, l'auteur dit bien, dans le titre de son observation, que le produit de la conception s'était développé dans le pavillon d'une trompe; mais il aurait dû faire part au lecteur des détails de l'autopsie d'après lesquels il s'est formé cette opinion. Ce cas, qui est assurément fort curieux, le serait davantage s'il était plus complet.

Pharmacologie.

OBSERVATIONS SUR LA RACINE DE MADAR; *par le professeur A. Duncan.* — Dans une note insérée dans le XVII.e volume des *Archives générales*, page 574, nous avons déjà fait connaître à nos lecteurs la substance qu'on désigne sous le nom de *madar* ou *mudar*. Nous avions eu le soin d'y rassembler tout ce que l'on savait alors sur ce nouveau

médicament; nou allons donc aujourd'hui nous borner à extraire du mémoire de M. le professeur Duncan les faits et les observations qui peuvent servir à en compléter l'histoire.

L'auteur adopte de préférence le nom de *Mudar*. Suivant lui, c'est par erreur qu'on a attribué cette substance à l'*Asclepias gigantea*, L.; les renseignemens qu'il est parvenu à se procurer l'ont convaincu qu'on doit la rapporter au *Calotropis mudarii* de Willdenow, nommé *mudar* par les Indous, et qui, à la vérité, est très-voisin du précédent. Cette plante est petite; ses tiges, au nombre d'environ douze ou quinze, sont recouvertes d'une écorce mince et d'une couleur brune jaunâtre plus foncée que celle du parenchyme, qui est d'un jaune pâle et d'une texture serrée. Elles sont annuelles et creuses dans toute leur étendue. La racine est vivace, perpendiculaire, fusiforme, rameuse, presque cylindrique et surmontée d'une sorte de tête d'où partent les tiges, irrégulièrement arrondie, et d'environ un pouce et demi à deux pouces et demi de diamètre. Elle est recouverte d'un épiderme d'un jaune fauve ou d'un brun jaunâtre; sa surface est marquée de rides très-fines, longitudinales, et couverte d'une poussière brunâtre qui salit les doigts. Cet épiderme très-mince, adhère fortement à l'écorce, qui est assez épaisse, d'une teinte très-blanche et peu adhérente à la partie ligneuse centrale. Le *Calotropis mudarii* paraît indigène de la province de Behar, et il croît de préférence dans les terrains secs et sablonneux.

Les indications fournies par M. Duncan sur la manière de préparer ces racines, et sur les propriétés de la poudre qu'elles fournissent, ne diffèrent en rien de ce que nous en avons dit dans la note citée plus haut.

Les nombreuses expériences que l'auteur a faites pour constater la composition chimique de la substance qui nous occupe, l'ont conduit à conclure qu'elle contient:

1.° Environ 11, 5 pour cent d'une matière extractive particulière, d'une couleur brunâtre, un peu translucide, légèrement déliquescente et d'une saveur nauséeuse très-amère. Cette substance, soluble dans l'alcohol, se dissout très-bien dans l'eau froide, et cette dissolution se prend en gelée lorsqu'on la chauffe jusqu'à 30 ou 33° centigrades. Elle paraît avoir beaucoup d'analogie avec l'émétine. M. Duncan la regarde comme le principe actif, et propose de l'appeler provisoirement *Mudarine*, jusqu'à ce qu'on soit tout-à-fait fixé sur sa nature.

2.° 4 pour cent à-peu-près d'une résine qui se concrète en petites masses lenticulaires, d'une couleur blanche, d'une consistance semblable à celle de la cire, complètement insipide et inodore. Cette

substance ne se liquéfie qu'à la température de 90° centigrades au moins, et elle est très-peu soluble dans l'alcohol à froid;

3.° Environ 8 pour cent d'une matière gommeuse, contenant probablement de l'extractif;

4.° Une très-grande quantité de fécule;

5.° Enfin, de l'albumine, un peu d'huile fixe, et de la fibre végétale.

Quant à l'action du mudar sur l'économie, M. Duncan l'a administré à un grand nombre de malades, dans les salles de clinique de l'infirmerie royale d'Edinburgh, et il résulte de ses observations, que la manière d'agir de cette substance est, à très-peu de chose près, la même que celle de l'ipécacuanha. En effet, à la dose de quinze ou vingt grains à-la-fois, la poudre de mudar a rarement manqué de causer des vomissemens. A des doses plus faibles, 3, 5 ou 7 grains trois fois par jour, elle a presque toujours produit des nausées plus ou moins fortes, accompagnées d'une diaphorèse bien marquée, et qui est singulièrement aidée par les boissons délayantes prises chaudes. Enfin, à doses encore plus faibles, elle paraît agir comme expectorant, ou bien comme tonique et excitant de l'estomac. M. Duncan assure qu'il ne lui a jamais reconnu d'action purgative.

La mudarine, d'après les expériences faites par l'auteur, est sans nul doute, de principe actif, et elle produit à-peu-près les mêmes effets que l'émétine, dont nous avons vu qu'elle se rapprochait beaucoup, c'est-à-dire, qu'à la dose de 1 à 3 grains, elle ne manque jamais de causer le vomissement.

« Ces faits, ajoute M. Duncan, établissent donc l'analogie, sinon l'identité parfaite du mudar avec l'ipécacuanha, considérés comme agens thérapeutiques. »

Ce mémoire très-intéressant est terminé par une lettre adressée au professeur Duncan, par M. Lyon, chirurgien de la marine royale, dans laquelle il lui apprend que le *Calatropis gigantea*, plante très-voisine de celle qui fournit le mudar dans l'Inde, mais qui en diffère sous plusieurs rapports, a été importé aux Indes occidentales, et qu'il s'y est naturalisé. Il ajoute que cette plante est bien connue dans les colonies françaises, et qu'elle passe pour un excellent émétique très-utile dans la phthisie pulmonaire. Enfin il termine sa lettre par les détails de plusieurs cas dans lesquels il a administré cette substance pour en étudier les effets sur l'homme, et il conclut qu'il le considère comme un expectorant excellent et sans danger, très-utile dans les affections cutanées, et comme un très-bon émétique qui pourrait remplacer l'ipécacuanha avec beaucoup d'avantage sous le rapport du prix. (*The Edinb. Med. and Surg. Journal*, juillet 1829.)

EMPLOI DU CHLORURE D'OR. — M. Jahn, de Meiningen, propose l'emploi du chlorure d'or, comme collyre, dans certaines maladies des yeux. Il assure que, pendant une année, il a fait usage de cette substance et qu'il en a constamment obtenu les plus heureux effets. Les maladies contre lesquelles il conseille l'emploi de ce remède énergique et très-efficace, sont les inflammations scrofuleuses, goutteuses, rhumatiques, les ophthalmies chroniques et les ophthalmies purulentes des enfans. Voici la formule du collyre dont il se sert habituellement :

Chlorure d'or. . . . . deux grains.
Eau distillée . . . . six onces.

On en instille quelques gouttes dans l'œil malade, et on applique à sa surface une compresse trempée dans ce liquide. (*Rust's magazine*, vol. 28).

Académie royale de Médecine. (Septembre.)

SECTIONS RÉUNIES. — *Séance générale du 1.er septembre.* — EXPÉDITION MÉDICALE EN EGYPTE. — M. Renauldin, secrétaire par intérim, donne lecture d'une lettre écrite le 30 mars dernier par M. Pariset, et envoyée par lui de Saint-Jean-d'Acre, à M. Portal. M. Pariset annonce qu'ayant appris l'existence de la peste à Tripoli, il a demandé au pacha l'autorisation de s'y transporter, non-seulement dans le but d'étudier la maladie, mais encore dans celui de tenter des expériences pour s'assurer si cette terrible affection est réellement contagieuse. En outre, il se propose d'examiner la lèpre, dont la Syrie offre de nombreux exemples, et il aura soin, en traversant le Delta, d'observer si cette contrée est véritablement le foyer d'où part la peste, comme on le pense généralement. Il termine sa lettre en indiquant un procédé employé par M. Bertrand, médecin du pacha, pour la conservation des sangsues, procédé qui consiste à exercer sur ces annelides une compression suffisante pour leur faire dégorger tout le sang dont ils sont remplis, puis à les plonger à plusieurs reprises dans de l'eau sucrée. M. Bertrand lui a dit qu'à l'aide de ce traitement, il les conserve en état de servir tous les trois à quatre jours pendant l'espace de trois ans.

MALADIES ÉPIDÉMIQUES. — L'Académie reçoit deux lettres, l'une du Ministre de l'intérieur et l'autre de M. le docteur Desparanches, relatives à une maladie épidémique régnant dans plusieurs communes des environs de Blois, et attribuée par ce médecin à l'usage

que font les habitans, pour la fabrication du pain, de la farine de pois-cornu (*jârosse*, *gesse*, lathyrus cicera). Ces lettres, avec les renseignemens fournis par le Préfet du département de Loir et Cher, sont envoyées à une commission.

Influence des marais sur la vie. — M. Villermé lit un rapport sur un mémoire de M. le docteur Senné, médecin à Marennes (Charente-Inférieure), relatif à *l'influence des marais sur la vie*. Les recherches de ce médecin n'embrassent encore qu'une commune située au bord du vaste marais de Brouage; mais il a l'intention de les étendre à toute la population du même arrondissement qui se trouve placée dans des conditions analogues. Les résultats auxquels il est arrivé paraissent confirmer ceux déjà obtenus par M. Villermé, avec cette différence cependant que les enfans de o d'âge à un an seraient plus affectés de l'influence meurtrière des marais que ne l'a avancé ce dernier, et les enfans d'un an à cinq un peu moins.

Remèdes secrets. — M. Villeneuve fait un rapport très-étendu sur un *sirop tonique et dépuratif* de l'invention de M. Chaumonnot. Ce sirop, composé de quinze plantes, est destiné à guérir les scrofules, le scorbut et les dartres; mais l'auteur, n'employant que des végétaux très-connus, sans indiquer ni leurs doses ni le *modus faciendi*, ne peut prétendre au mérite d'une invention nouvelle. Il n'a établi d'ailleurs aucune expérience, il n'a rapporté aucun fait pour constater l'efficacité de ce médicament qui, dans certains cas, peut être fort nuisible. Il conclut enfin à ce que cette préparation ne reçoive point l'approbation de l'Académie. — M. Double s'élève contre le rapport et ses conclusions, et demande que ce médicament soit renvoyé à l'examen de la Commission des remèdes secrets. Cette proposition est mise aux voix et adoptée, après une longue et vive discussion.

Étranglement interne. — M. le docteur Métivié communique une observation d'étranglement interne survenu chez un aliéné, et dont il a déjà présenté la pièce anatomique, le 4 août dernier. Cette communication est renvoyée à une Commission composée de MM. Marc, Nacquart et Kergaradec.

Séance extraordinaire du 29 *septembre.* — **Affaire du docteur Hélie.** — M. Double, rapporteur de la nouvelle Commission, lit un rapport fondé sur les bases qui avaient été adoptées par l'Académie dans le mois de mars dernier, et après avoir succinctement rapporté les faits, et les avoir appréciés suivant la valeur qu'y a attachée la Commission, il répond successivement aux quatre questions posées par le tribunal de Domfront:

1.re *Question :* « Des faits ci-dessus établis résulte-t-il que les deux bras de l'enfant Foucault fussent sphacélés, et qu'il eût fallu les

couper après l'accouchement s'ils ne l'avaient pas été auparavant »?

Réponse : Pour faire une réponse satisfaisante à cette première question, il faudrait que l'Académie possédât des documens nombreux, dont la plupart lui manquent : ne trouvant point, dans ceux qui lui ont été transmis, des données suffisantes pour répondre affirmativement ou négativement à cette question, elle ne peut pas décider s'il fallait ou non couper les bras de l'enfant.

2.e *Question :* « Si les deux bras de l'enfant n'étaient pas gangrenés, ou au moins si le bras gauche ne l'était pas, quelle était la conduite à suivre par le médecin accoucheur »?

Réponse : Ici les documens sont encore en défaut, et par cette raison il est impossible de démontrer, dans l'espèce, l'inutilité ou la nécessité de la mutilation. Conséquemment l'Académie ne peut répondre à cette question d'une manière absolue.

3.e *Question :* « Peut-on reprocher à l'accoucheur d'avoir, dans l'opération à laquelle il s'est livré, commis une faute contre les principes de son art, qui le rende responsable »?

Réponse : L'opération pratiquée par le docteur Hélie n'est point nouvelle; son origine remonte très-haut dans les fastes de l'art, et depuis le XV.e siècle au moins jusqu'à ces derniers temps, on pourrait offrir bien des autorités qui militent en sa faveur. Mais, comme elle repose sur une opinion controversée, l'Académie pense que, dans l'espèce, il a pu y avoir erreur, mais qu'il n'y a pas eu de faute qu'on puisse blâmer.

4.e *Question* : — La situation de la mère pouvait-elle légitimer l'opération qui lui est aujourd'hui reprochée ?

Réponse : — La réponse à cette question est décidée par l'ensemble de tout ce qui précède : il faudrait encore ici des preuves matérielles, et les faits restent muets. Il paraîtrait néanmoins que l'état de la femme Foucault annonçait le plus grand danger.

« L'Académie, dit en terminant M. Double, ne veut pas clore son rapport sans exprimer nettement son opinion sur la responsabilité médicale. Elle s'élève d'abord contre les décisions d'un petit nombre de tribunaux, qui tendent à admettre un principe funeste de responsabilité médicale. Sans doute que l'Académie pense que les médecins sont responsables des délits qu'ils ont médité et commis d'une manière criminelle dans l'exercice de leur profession; mais la médecine exercée avec probité et conscience est un *mandat illimité*, et, dans cette noble carrière, il ne peut rien y avoir de responsable. L'Académie s'empresse de le proclamer hautement. Car, une fois le principe de responsabilité légale admis, tout deviendrait suspect et dangereux pour le médecin; il devrait craindre à chaque pas d'encourir la vindicte des lois, et il fuirait à l'aspect du danger. Il ne doit donc y

avoir qu'une seule responsabilité, la responsabilité morale, et celle-là est assez pesante pour que les tribunaux n'aient pas besoin d'invoquer encore un principe inutile et nuisible de responsabilité légale. »

La commission ayant chargé la sage-femme qui assistait la femme Foucault, et ayant d'un autre côté avancé que, souvent la mortification de nos tissus est difficile et même impossible à reconnaître, M. Chomel s'élève contre ces deux points du rapport. Il ajoute en outre qu'il ne convient peut-être pas de soulever la question de la responsabilité des médecins. Les amendemens proposés par cet Académicien sont mis aux voix et rejetés. — Après cette discussion, le rapport est mis aux voix, et presque tous les membres se levant pour l'appuyer, il est adopté.

Section de Médecine. — *Séance du 8 septembre 1829.* — Angine pelliculeuse. — M. Baron lit un rapport sur une notice de MM. Trousseau et Ramon relative à une épidémie de diphtérite ou angine pelliculeuse qui a régné dans plusieurs communes des départemens de Loir et Cher, d'Indre et Loire, et du Loiret, et sur un travail de MM. Desparanches et Gendron concernant la même maladie. — Ce rapport est le sujet de quelques discussions sur la justesse de la dénomination imposée à cette espèce d'angine, sur sa contagion et sur son traitement. Nous ne rapporterons pas ces discussions qui n'éclairent pas la question sous ces deux derniers points parce qu'elles n'offrent que des assertions et des opinions.

M. Double ne regarde point l'angine pelliculeuse comme exigeant une méthode uniforme et unique de traitement : en effet, suivant lui, tantôt les purgatifs drastiques réussissent très-bien ; et par contre, la cautérisation si vantée est quelquefois dangereuse, et il cite des exemples des accidens qu'elle a produits. Il propose de renvoyer le mémoire à la commission, afin que, dans la prochaine séance, elle présente quelques modifications à ses conclusions. L'Académie s'accorde à prononcer le renvoi.

Rétroversion de la vessie. — Un enfant âgé de quatorze ans, d'une complexion excessivement débile et d'une taille très-petite, est présenté par son père à la section. Il porte, à la partie moyenne de la région hypogastrique, une tumeur rouge, à peu près du volume du poing, et qui n'est autre chose que la vessie qui a fait hernie à travers la ligne blanche et la peau. Le vice de conformation, qui date de la naissance, est tel que la vessie paraît retournée, et offre à l'extérieur sa membrane interne très-rouge, très-douloureuse, et d'où suinte perpétuellement un fluide mucoso-urineux. Cette infirmité est jugée complètement incurable.

Croup chez un adulte. — M. Tonnelé, interne à l'hospice de la Maternité, présente de la part de M. le professeur Desormeaux, une

pièce d'anatomie pathologique provenant d'un croup primitif, chez une femme enceinte (1).

Séance du 22 septembre. — ANGINE PELLICULEUSE. — M. le docteur Trousseau écrit à la section pour lui annoncer que la notice sur laquelle M. Baron a fait un rapport dans la dernière séance, n'est autre chose qu'une lettre adressée à un administrateur, et par là il explique pourquoi elle ne renferme aucun détail relatif à la topographie du pays, aux caractères communs et spéciaux de la maladie épidémique, à la nature des angines bénignes qui se sont montrées sporadiquement, etc. Si M. Ramon et lui avaient pu supposer que cette note fut parvenue à l'Académie, ils se seraient empressés de fournir à la commission les documens nombreux qu'ils ont recueillis, et qu'ils se proposent de mettre prochainement sous les yeux de la section. De ces documens résulte pour eux la conviction que l'angine couenneuse est contagieuse, et que les influences atmosphériques ne sont presque pour rien dans le développement de cette maladie. M. Trousseau conteste ensuite les résultats obtenus par M. Menou, de Tours, et que ce médecin a publiés dans le dernier cahier de la Revue médicale. M. Trousseau est loin d'accuser la bonne foi de M. Menou, mais il pense qu'il y a eu de sa part quelque erreur de diagnostic. Il suffirait, pour en être convaincu, de savoir que M. Menou prétend avoir traité plus de trois cents malades de la diphthérite, et sur ce nombre n'en avoir perdu que six, pour deux desquels même il a été appelé trop tard.

ANGINE PELLICULEUSE. — M. Baron, chargé par l'Académie de modifier, avec MM. Guersent et Husson, la fin de son rapport sur le mémoire de MM. Trousseau et Ramon et sur le travail de MM. Desparanches et Gendron, relatif à une épidémie d'angine pelliculeuse, propose de répondre au ministre de l'intérieur que l'affection qui a régné épidémiquement depuis quelques années, et notamment en 1828, dans les départemens de Loir et Cher, d'Indre et Loire, etc., est une épidémie d'angine qui a présenté plusieurs caractères, et souvent celui de l'angine pelliculaire, que par conséquent son traitement doit varier suivant l'espèce; que, relativement à l'angine pelliculaire ou diphthérite, cette affection est actuellement bien connue, que le traitement indiqué par MM. Trousseau et Ramon, et qui est employé depuis plusieurs années, n'est applicable que dans la circonstance où la pellicule est accessible; que, dans ce cas, la cautérisation est essentielle, mais qu'elle n'exclut pas les autres moyens de traitement indiqués en pareille circonstance;

(1) Cette observation intéressante sera insérée textuellement dans le prochain cahier des *Archives*.

enfin que le traitement étant bien connu aujourd'hui et devant être modifié suivant les événemens, l'autorité ne peut intervenir pour tracer un plan de conduite uniforme dans tous les cas. — Ces conclusions sont adoptées.

Angine couenneuse. — M. Villeneuve fait un rapport sur diverses observations adressées à l'Académie par M. Giraudet. Sur sept de ces observations, six sont relatives à l'angine couenneuse, contre laquelle l'auteur a employé avec succès, excepté dans un seul cas, les insufflations d'alun sur les parties affectées, ainsi que le calomel.

Epidémie de Vogna. — M. Villeneuve fait un second rapport sur une affection qui a régné épidémiquement à Vogna, commune d'Arinthod (Jura), et dont la description a été adressée par M. Guiétant. Sur cent cinquante individus qui habitent ce hameau, vingt-six ont été atteints d'une gastro-entérite, qui a pris le caractère typhoïde et s'est compliquée, tantôt de catarrhe pulmonaire, tantôt de la présence de vers. Un seul malade, adolescent, a succombé.

Epidémie de Comines. — M. Villeneuve lit un troisième rapport sur une maladie épidémique, décrite par M. Dourlen, et qui a sévi sur le petit hameau de Comines, commune de Long-champs, arrondissement de Lille (Nord). Cette affection, dont quarante sujets, d'âge et de sexe différens, ont été atteints, consistait dans une vive irritation des organes pulmonaires ou gastriques, et a été entretenue, pendant les quatre premiers mois de l'année, par une constitution atmosphérique froide sèche. Elle a été combattue par de larges émissions sanguines générales et locales, et la plus grande partie des malades a recouvré la santé.

Epidémie de Montenois. — M. Villeneuve donne lecture d'un quatrième rapport sur la description, adressée par M. le docteur Campagny, d'une maladie épidémique qui a régné dans la commune de Montenois (Doubs), depuis le 17 décembre 1828 jusqu'au 9 mars 1829. M. Campagny la regarde comme une phlogose gastro-intestinale intense, avec irritation profonde de l'encéphale. Malgré ce caractère inflammatoire, ce médecin ayant appris que, dans le principe, sur dix malades traités exclusivement par les délayans, un seul avait guéri, et même avec difficulté, il se décida en faveur de la méthode excitante mitigée, laquelle lui valut la guérison de cinquante-huit malades sur soixante.—M. Chomel croit que M. Campagny s'est montré trop exclusif; il disserte ensuite sur le siége des fièvres graves, qu'il ne place point dans les altérations des organes en particulier.—M. Honoré pense que les fièvres graves n'exigent pas un mode spécial de traitement.—M. Louyer-Villermay croit que les maladies violentes dont il est question sont, non pas des fièvres, mais bien des lésions d'organes à différens degrés; il recommande, du reste, un juste milieu

entre les toniques et les antiphlogistiques, et il condamne tout traitement trop exclusif. — M. Burdin fait remarquer que, dans les épidémies de cette sorte, la maladie marche malgré toute espèce de traitement. — M. Villermé appelle l'attention sur les différentes époques des épidémies; en effet, lorsque ces affections tirent à leur fin, le traitement est plus facile et a plus de succès qu'au commencement.

Épidémie en Morée. — M. Piorry fait un rapport sur un mémoire de M. Bobilier, chirurgien-major attaché à l'expédition française en Morée, relatif à une maladie grave qui a régné à Vrachny et à Calavrita, et que l'on a présumé être la peste. M. Bobilier y a reconnu, en effet, cette dernière affection aux caractères suivans qu'elle a présentés : 1.° communication par contact médiat ou immédiat; 2.° irritation gastro-encéphalique, et marche rapide de la maladie; 3.° existence de bubons et d'anthrax au col, aux aisselles et aux aînes; 4.° grande mortalité résultant de cette maladie; 5.° mode de développement semblable à la description qu'en donnent les divers auteurs; 6.° enfin, mort qui arrive, dans certains cas, même avant l'apparition des bubons et des anthrax. Cette épidémie a sévi particulièrement sur les femmes et sur la classe indigente; M. Bobilier lui a opposé le traitement antiphlogistique comme moyen curatif, les frictions mercurielles comme préservatif, et le chlorure de soude comme topique sur les ulcères gangrénés : ce médecin se prononce en faveur de la contagion.

Section de chirurgie. — *Séance du* 10 *septembre.* — Cataracte. — M. Ribes fait un rapport sur un mémoire de M. Dumont, oculiste à Rouen, ayant pour titre : *Observations pratiques sur la cataracte opérée par extraction, suivies de quelques réflexions sur l'enfant né cataracté ou devenu tel peu de temps après sa naissance.* L'auteur ne s'est point proposé d'établir un parallèle entre la méthode d'opérer *par dépression* et celle *par extraction*; il se contente de présenter un nombre de faits dont le résultat est tout-à-fait à l'avantage de la dernière. En effet, sur soixante-onze opérés par extraction, il compte soixante-deux succès, et neuf insuccès, et de pareils résultats, ajoute M. le rapporteur, doivent l'engager à persévérer dans l'emploi de cette méthode. M. Dumont pense que la cause qui, le plus souvent, rend l'opération douteuse, restera commune aux deux méthodes autant de temps que l'art ne possédera pas les moyens de séparer comme il faut la cristalloïde opaque de la zône ciliaire, à laquelle elle est assez fortement unie; il se sert, pour arriver à ce but, d'un instrument particulier, de l'invention d'un de ses oncles, et dont il se propose de donner plus tard une description exacte. A l'aide de cet instrument, il obtient une section semi-circulaire des plus régulières et dans les

proportions voulues, circonstances bien essentielles dans la méthode par extraction. Quant aux enfans aveugles-nés ou cataractés de bonne heure, il ne pense pas que leur cécité ait pour cause unique l'opacité cristalline ou capsulaire, et il est porté à croire qu'un vice organique contribue pour beaucoup à déranger l'harmonie du mécanisme visuel; il appuie d'ailleurs ce sentiment sur l'observation qu'il a faite maintefois qu'un individu né avec une vue extrêmement faible, et dont les pupilles ont peu de mobilité, même à l'impression de la lumière la plus vive, n'a qu'une intelligence très-bornée; d'où il conclut qu'il y a toujours, dans les cas de ce genre, autre chose que l'opacité du cristallin et de la cristalloïde.

Rectum cancéreux. — M. Lisfranc présente une femme guérie sur laquelle il a enlevé trois pouces du rectum cancéreux.

Séance du 24 septembre. — **Sur l'amputation après les plaies par armes a feu.** — M. Emery lit un rapport sur un mémoire de M. le docteur Del Signore, chirurgien en chef de l'armée égyptienne en Morée, et l'un des restaurateurs du service médical chez les orientaux. Suivant ce chirurgien, onze cents hommes furent blessés au combat de Navarin, et sur ce nombre, soixante-huit furent amputés. Il établit trois époques pendant lesquelles les amputations ont été faites : dans la première, c'est-à-dire dans les vingt-quatre premières heures, on trouve trente-un amputés, dont un seul succomba; dans la seconde, du second au quatrième jour, il y eut vingt-neuf amputés, sur lesquels onze moururent; enfin, pendant la troisième, du dixième au douzième jour, on pratiqua huit amputations, et l'on perdit deux sujets. De pareils résultats militent en faveur de l'amputation sur le champ de bataille. L'auteur assure avoir guéri trois tétanos sur huit, l'un par l'amputation, les deux autres au moyen de l'émétique en lavage; il est à regretter qu'un si brillant succès n'ait pas été développé longuement. Du reste, M. Del Signore promet d'adresser un mémoire plus étendu lors de sa rentrée en Egypte.

Hernies inguinales. — M. Baffos lit un rapport sur un mémoire de M. le docteur Liégard, de Caen, intitulé : *Considérations relatives à quelques cas de hernies inguinales entérocèles étranglées.* Les deux premières observations ne présentent rien de particulier. La troisième observation a présenté une lésion à l'intestin, que M. Liégard a guérie en employant la suture suivant le procédé de MM. Jobert et Lambert; les matières continuèrent de couler les trois premiers jours, et la guérison ne fut complète qu'au bout d'un mois. — M. Larrey fait observer qu'il n'est pas possible de concevoir comment une partie frappée de mort a pu se cicatriser par le rapprochement de ses bords. — M. Baffos croit que ce n'était qu'une fente faite par le bistouri qui avait servi au débridement. — M. Emery objecte que, s'il y avait seu-

lement fente, la suture a été mal faite, puisqu'elle a laissé suinter les matières pendant plusieurs jours, et a demandé un mois pour la réunion complète, et que, s'il y avait réellement gangrène, on ne conçoit pas que la réunion ait pu s'opérer.

Ovaire cancéreux. — M. Maingault fait part à l'Académie de l'autopsie d'une femme qui portait, depuis quinze à dix-huit ans, une tumeur développée dans un point de l'ovaire gauche, et qui pesait soixante-quinze livres. Cette masse énorme n'avait contracté aucune adhérence : elle présentait à l'extérieur la dégénérescence cancéreuse encéphaloïde, et une masse fibreuse et charnue avec des tubercules à divers degrés à l'intérieur, et un tissu graisseux. Cette tumeur était placée entre la matrice et la vessie, et faisait saillir cette dernière hors de l'abdomen : le vagin était plus long que de coutume, et avait l'organisation du corps caverneux. — M. Larrey assure avoir vu, en Egypte, des tumeurs de cette nature développées dans le tissu cellulaire des bourses, et pesant plus de cent livres.

Plaie de tête. — M. Rigal communique à la Section une observation fort curieuse de plaie de tête. Le nommé Lombard (Antoine), dit Jonatis, âgé de vingt-sept ans, d'une constitution saine et robuste, d'un tempérament sanguin, exerçant la profession de tonnellier, fut frappé, le 1.er février 1823, par le tranchant de la doloire avec laquelle il dégrossit les douves de barrique. Cet instrument, qui pèse de neuf à dix livres, et qui a un tranchant de quatorze pouces de long, et de près de quatre lignes d'épaisseur, était lancé avec une force d'impulsion équivalente à celle de trois charges de poudre à giboyer ; il vint frapper la tête de Lombard, et la fendit depuis la portion du coronal située à deux pouces au-dessus du rebord orbitaire supérieur, jusqu'au menton. La plaie commençait à un pouce et demi de la ligne médiane, et se dirigeait obliquement de droite à gauche. Le coronal, les deux paupières, à deux lignes de leur commissure interne, l'apophyse montante de l'os maxillaire supérieur, la partie moyenne de l'aile droite du nez, la lèvre supérieure et l'inférieure étaient divisés. L'instrument ayant agi d'avant en arrière, à la manière d'un coin, le coronal était fracturé jusques dans la fosse temporale droite ; la voûte orbitaire était aussi fracturée; la portion palatine des os maxillaire et palatin était complètement divisée jusqu'au voile du palais; une seule incisive du maxillaire supérieur était brisée. Au travers de l'hiatus formé par la division des parties molles et dures, on ne distinguait aucune esquille; on voyait, en haut, le cerveau, l'intérieur des fosses nasales, le pharynx et l'épiglotte. M. Rigal a pu s'assurer que le cerveau était blessé dans l'étendue de deux pouces, et à huit lignes de profondeur. Le malade conservait toutes ses facultés intellectuelles, et il n'y avait aucun signe

de commotion. Cette énorme plaie fut réunie par première intention au moyen de onze points de suture entortillée, de bandelettes agglutinatives et de bandages appropriés. Ce pansement, secondé d'un traitement antiphlogistique convenable, amena une très-prompte guérison, car quinze jours après l'accident, la cicatrice était parfaite. Six ans se sont écoulés depuis cette époque, et la santé de Lombard n'a pas éprouvé la plus légère altération. Ce fait prouve la possibilité de la réunion immédiate du cerveau, sans suppuration.

Tumeur cancéreuse. — M. Rigal communique un second fait; c'est celui du nommé Jean Gardet, auquel il coupa la cuisse pour le guérir d'une tumeur cancéreuse développée vers la partie supérieure et moyenne du tibia. Cette tumeur était dure, rénitente, inégalement bosselée, et avait à sa base de douze à quinze pouces de circonférence, quand il vit le malade pour la première fois. Du mois de mars au mois d'octobre, époque de la seconde visite, cette tumeur ayant doublé de volume, il se décida à pratiquer l'amputation de la cuisse. Cette opération, faite par la méthode circulaire, offrit de particulier l'issue d'une grande quantité de sang venant de la tumeur, et l'obligation de lier deux fois la veine crurale. A l'examen de la pièce anatomique, on trouva la tumeur cancéreuse formée d'une matière d'apparence cérébriforme, mêlée de sang et comme lardée de fragmens osseux. Sa présence avait interrompu la continuité du tibia dans une étendue de quatre pouces.

Fistule stercorale. — Le même chirurgien fait connaître un cas de fistule qu'on avait attribué à une carie du fémur, et qu'une exploration plus attentive fit reconnaître comme stercorale. Cette maladie guérit à la suite d'une vive inflammation que provoquèrent des injections et l'introduction répétée d'un stylet.

Ulcères cancriformes. — M. Rigal donne encore communication d'un cas d'ulcères cancriformes dans l'intérieur des narines, qui existaient, depuis près de trois années, chez la nommée Rose Guiral, lorsqu'elle entra à l'hôpital de Saint-André de Gaillac, en mai 1826. Après divers essais infructueux de traitement, la cloison fut rongée par des ulcères à bords renversés. Le nez étant volumineux, la couleur de la peau étant d'un rouge vinacé, la maladie commençant à envahir les ailes du nez, à découper leur bord libre, M. Rigal se décida à pratiquer une opération qui lui permît de mettre à nu et d'enlever les parties malades. Pour cela, il pratiqua une incision qui s'étendait depuis la racine du nez jusqu'à trois lignes au-dessus de son extrémité, en suivant le trajet de la ligne médiane. Deux incisions latérales commençaient où la première se terminait : ensuite, par une dissection minutieuse et à l'aide des ciseaux à bec-de-lièvre, il parvint à enlever la totalité de la portion cartilagineuse de la

cloison. Après avoir débarrassé les narines de la portion de la membrane pituitaire qui paraissait altérée, il remplit toute l'excavation de petites boulettes de charpie, et il réunit les lambeaux par cinq points de suture entrecoupée. La guérison s'est opérée assez rapidement; mais le nez, privé de son support, est devenu très-camus, et ce n'est pas sans peine que l'on est parvenu à prévenir l'occlusion des fosses nasales.

Section de Pharmacie. — *Séance du 12 septembre.* — Obturateur désinfectant des fosses d'aisance. — MM. Henry père et Chevallier font un rapport sur un mémoire de M. Frigerio, pharmacien en chef de la Maternité, relatif à un obturateur désinfectant désigné sous le nom de *selline hygiénique*. La construction de cet appareil est basée sur la propriété que possède le charbon animal d'absorber les gaz. Déjà Rouppe, de Rotterdam, et d'autres chimistes, avaient constaté cette propriété dans le charbon végétal, mais elle est moindre que dans le charbon animal, d'après les expériences de M. Frigerio, de *onze fois et demie*, car le charbon animal met *six fois* plus de temps pour se saturer que celui de bois. Delà vient la grande supériorité du charbon animal pour obturateur du siège des fosses d'aisances. Les observations de l'auteur ont été vérifiées par les commissaires, qui ont reconnu que le même obturateur en charbon peut servir pendant un mois au moins, ou même bien davantage. — M. Henry père mentionne d'autres espèces d'obturateurs, entr'autres ceux de l'Hôtel-Dieu, qui forment une sorte de mécanisme en bascule, et ont lieu au moyen d'une nappe d'eau couvrant le siége des fosses d'aisance.

Salep indigène. — M. Chevallier lit une note sur le salep indigène, et en présente qu'il a fait recueillir dans les environs de Clermont-Ferrand, où les *orchis* sont excessivement abondans. Ce salep, dont la préparation est due à M. Aubergier fils, pharmacien, a été fourni par les *orchis alba*, *mascula*, *maculata*, *militaris*, *morio*, *antropophora*, *conopsea*, *sambucina* et *latifolia*. Les bulbes se recueillent lorsque la plante défleurit : plus tôt ou plus tard, ce tubercule est moins bon. Il faut le laver aussitôt qu'on l'a arraché, l'enfiler en chapelet, le jeter dans de l'eau bouillante pendant vingt à trente minutes au moins; ensuite on le sèche à l'étuve. — M. Planche dit que les médecins allemands prescrivent en boisson la décoction de salep indigène qui fournit un mucilage, mais que le salep de Perse ne donne qu'une matière moins soluble : quelques bulbes, non complétement *salépifiés*, contiennent encore de la fécule qui bleuit avec l'iode. — M. Caventou a trouvé du sel marin dans les saleps de Perse; peut-être les fait-on bouillir dans de l'eau salée ?

Racine de caïnca. — M. Caventou fait une communication relative à son analyse de la racine dite de *caïnca* (*chiococca anguifuga*,

de Martius, famille des rubiacées), qui nous est apportée du Brésil. Il a tiré de l'écorce (et non du *medittullium* ligneux) de cette racine une matière particulière, rougissant le papier de tournesol, blanche, cristallisant en aiguilles fines comme le muriate de morphine, très-amère quand elle est dissoute; peu soluble à l'eau, beaucoup dans l'alcohol, à chaud sur-tout; s'unissant aux alcalis et s'y dissolvant. Les *decoctum* aqueux de la racine sont colorés, amers; la solubilité du principe amer y paraît due à la présence de la chaux qui y existe; les acides en précipitent, sous forme pulvérulente, ce principe amer qui cristallise par le refroidissement. Il se trouve en outre, dans cette racine, une substance analogue à l'acide pectique, également dissoluble par les alcalis, mais que des acides précipitent sous forme de gélatine tremblante; celle-ci diffère de l'acide pectique en ce qu'elle se dissout dans l'alcohol; le charbon animal la purifie. — M. Planche, qui s'occupe avec M. Henry fils, d'un travail sur cette racine, a remarqué que l'alcohol en sépare aussi une sorte de glu. — M. le docteur François emploie comme très-diurétique le principe du caïnca en pilules, et il en a obtenu de grands succès, sans en avoir jamais vu survenir d'accidens; la poudre et l'extrait de cette racine purgent, mais non pas le principe amer isolé.

Principe âcre du garou. — M. Dublanc, à l'occasion d'un sirop de garou, employé par le docteur Biett, communique les recherches qu'il a faites sur le principe âcre vésicant du *daphnè mezereum* : il n'a pu obtenir, par la distillation du *daphne laureola*, le principe volatil âcre qu'on avait annoncé; l'extrait même du *mezereum* agit peu sur les membranes de la bouche : c'est d'abord au moyen de l'alcohol que M. Dublanc a séparé une matière âcre sous forme de cristaux amorphes, que la chaleur volatilise et décompose; elle peut, avec une chaleur modérée, se fondre et se couvrir de petits cristaux en aiguille. Cette matière n'est ni alcaline ni acide, mais de nature résinoïde, fluide. Outre la chlorophylle qui accompagne aussi la matière âcre extraite au moyen de l'éther, il s'y rencontre une sous-résine qui se dissout moins bien qu'elle dans ce menstrue, et qu'on peut isoler à l'aide de ce procédé. Les principes âcres du garou sont aussi dissolubles par l'acide acétique. L'extrait éthéré paraît donc à M. Dublanc le meilleur moyen pour obtenir le principe âcre du garou; avec deux cents fois son poids d'axonge, ce principe fournit la plus active des pommades vésicatoires de garou. — Le procédé de M. Guibourt, par l'alcohol, quoique avantageux, comme le remarque M. Lodibert, n'offrirait pas un médicament aussi actif que celui de M. Dublanc.

Séance du 26 septembre. — Baume de Copahu. — M. Guibourt fait

un rapport sur une *nouvelle préparation officinale de baume de Copahu*, proposée par M. Damart, pharmacien à Saint-Omer. Sa formule contient beaucoup d'autres substances balsamiques ou odorantes associées à la térébenthine de Copahu, et a pour excipient le vin de Madère vieux. Le tout est soumis à la distillation au bain marie, et, après deux heures de repos, on débarrasse le produit d'une petite quantité d'huile volatile qui le surnage. On ajoute à ce liquide une certaine proportion de sucre blanc, et on le prend par cuillerées contre la blennorrhagie et la leucorrhée. Le rapporteur fait ressortir l'inutilité de certaines substances dans cette formule, et déclare que ce médicament ne peut mériter l'approbation de l'Académie. Ses conclusions sont adoptées.

M. Guibourt donne ensuite quelques développemens sur la solidification du baume de Copahu par la magnésie. Celui qui se dissout bien dans l'alcohol, ou celui qui, étant cuit dans l'eau, à la manière de la térébenthine, donne une résine dure, se solidifie très-bien avec la magnésie. Au contraire, celui qui, malgré la cuisson, reste mollasse, ou celui qui ne se dissout jamais complètement dans l'alcohol, contient, pour l'ordinaire, une certaine quantité d'huile grasse qui empêche sa parfaite solidification. L'emploi de l'ammoniaque pour essayer la pureté du Copahu, d'après le procédé de M. Planche, ne donne pas toujours une indication suffisante, selon M. Guibourt. — M. Batka, célèbre pharmacologue de Prague, présent à la séance, dit qu'en se servant de la potasse pure et dissoute dans l'alcohol pour saponifier le baume de Copahu, celui-ci est promptement saponifié, s'il y existe de l'huile fixe, tandis que sa saponification est nulle si ce baume est pur. — M. Robinet a solidifié du Copahu pur avec un quarantième seulement de son poids de magnésie. — M. Chevallier observe que, sur du papier non collé, le Copahu pur ne forme pas une auréole huileuse comme celle que produit le Copahu falsifié : ce dernier, d'ailleurs ne se solidifie pas à l'air.

Examen chimique de quelques productions pathologiques. — M. Chevallier, au nom de M. le docteur Edouard Guéranger, du Mans, donne communication de l'examen chimique de quelques productions pathologiques. D'abord des graviers rendus avec les urines contenaient, outre les phosphates ammoniaco-magnésiens et autres sels déjà connus dans ces sortes de concrétions, de l'acide urique, du mucus vésical, et des traces manifestes de silice. Un autre examen est celui d'une humeur contenue dans un kyste : ce liquide, puriforme, était acide, ou rougissait du moins la teinture de tournesol; la matière animale qu'il présentait recélait, outre le mucus, une substance blanche gélatineuse, puis une autre jaune-brunâtre, que l'au-

teur croit être de l'osmazôme ; enfin une matière colorante bleue particulière, qu'il eût été intéressant d'examiner plus exactement si sa quantité l'avait permis. Les sels contenus dans les liquides étaient de l'hydro-chlorate et du phosphate de soude, avec de la soude libre ou carbonatée.

Sel désopilant. — M. Robinet annonce qu'un nouveau produit du charlatanisme, connu sous le nom de *sel désopilant*, vient d'être analysé par M. Barbet, pharmacien, qui y a reconnu un mélange des sulfures de potasse et de soude, avec une petite proportion de tartrate antimonié de potasse, et, ce qui est plus remarquable, de l'hydrochlorate de manganèse. Or, ce dernier sel, d'après les expériences de Gmélin, sur la digestion, a la propriété de colorer en jaune les intestins. et de faire évacuer ou la bile ou des matières teintes en jaune. L'addition de ce sel paraît donc être faite avec cette intention pour le public.

Académie royale des Sciences.

Céphalotripsie. — M. le docteur Baudelocque, neveu, lit un mémoire sur un nouveau procédé, de son invention, pour pratiquer l'embryotomie. Ce procédé consiste à broyer la tête du fœtus. L'auteur passe d'abord en revue les divers procédés qui ont été imaginés jusqu'à ce jour pour morceler le fœtus : il cherche à prouver, d'après le relevé des opérations d'embryotomie pratiquées à l'hospice de la Maternité, dans l'espace de seize ans et demi, que cette opération est très-dangereuse pour la mère, puisque plus de la moitié des femmes y a succombé. Il fait observer en outre que l'emploi du crochet aigu et des autres instrumens mis en usage jusqu'ici, exige toujours un temps considérable qui peut varier entre une heure au moins et deux ou trois jours. Il décrit alors l'instrument qu'il a imaginé et la manière de l'appliquer. Cet instrument, qu'il nomme *céphalotribe*, est un forceps solide dont les cuillères, sans ouverture, n'ont que seize lignes de largeur sur trois lignes d'épaisseur; elles sont aussi recourbées que celles du forceps avec lequel on va chercher la tête lorsqu'elle est située au-dessus du détroit abdominal, et articulées à-peu-près à la manière de celui de Smellie? Enfin, les branches épaisses, larges et chagrinées pour qu'elles ne glissent pas dans la main de l'opérateur, sont taraudées de manière à recevoir une vis à trois filets dont les spirales sont fort obliques, disposition destinée à donner plus de rapidité à la rotation: cette vis est mue par une manivelle de six pouces de longueur qui augmente la force de pression de l'instrument. M. Baudelocque assure

que le céphalotribe comprime la tête du fœtus avec une telle force que les os de la voûte et de la base du crâne sont applatis en un instant; que la substance de l'encéphale s'échappe alors par les ouvertures de la face, mais que le cuir chevelu résiste presque constamment à cette violente pression: c'est au moins ce qui résulte d'une centaine d'expériences faites par lui à l'hôpital des Enfans-Trouvés sur des sujets morts quelques jours ou quelques semaines après leur naissance. Il estime que le rapport de la puissance de cet instrument à la résistance vaincue est à-peu-près comme 165 : 1. Ce mémoire est terminé par la lecture de l'observation d'un accouchement laborieux dans lequel il a employé avec succès ce nouvel instrument. (Voy. *Archives générales de Médecine*, tom. XIX, p. 471).

Séance du 13 juillet. — PHTHISIE PULMONAIRE. — M. le docteur Delaroque annonce que l'exemple de guérison de la phthisie pulmonaire par le chlore, que M. Gannal a consigné dans son mémoire, manque d'exactitude, puisque le malade est toujours dans un état aussi alarmant qu'avant le traitement employé par ce chimiste.

COMMUNICATION DES VAISSEAUX LYMPHATIQUES AVEC LES VEINES. — M. le docteur Antommarchi lit un mémoire relatif à la communication naturelle des veines avec les vaisseaux lymphatiques, dans lequel il fait observer que les travaux de M. Lippi sur ce sujet, que l'Académie vient de couronner, ne contiennent absolument rien de neuf; que cet anatomiste s'est en quelque sorte contenté de reproduire les recherches faites par Meckel dès 1772, et qu'il est constaté par de nombreuses expériences, que le passage des injections mercurielles des veines dans les vaisseaux lymphatiques des glandes conglobées n'avait jamais eu lieu que par la rupture des vésicules occasionnée par la pesanteur du métal.

Séance du 20 juillet. — OUVRAGE POSTHUME DE LEGALLOIS. — Dans le comité secret qui a terminé la dernière séance, l'Académie a décidé qu'une demande serait adressée au Ministre de l'intérieur pour obtenir l'autorisation de prélever sur les fonds Monthyon, actuellement sans destination fixe, la somme nécessaire pour faire imprimer un ouvrage de feu Legallois dont il a été déjà question dans le tome XX des *Archives générales de Médecine*, p. 612.

COMMUNICATION DES VEINES AVEC LES VAISSEAUX LYMPHATIQUES. — M. le docteur Portal lit une note au sujet de la communication faite dans la séance précédente, par le docteur Antommarchi. Il cite à l'appui de la décision de l'Académie en faveur de M. Lippi, les travaux d'Antoine Nuck et de Mertrud, qui tous deux se sont autrefois livrés à des recherches sur ce point d'anatomie physiologique : il dit en outre que lui-même professait partout cette opinion, et qu'il l'a émise dans plusieurs des ouvrages qu'il a publiés.

Régénération des os. — M. Flourens lit une note sur la régénération des os : il s'est proposé de déterminer deux points; le premier, de savoir jusqu'où s'étend la faculté qu'ont les os de se reproduire; le second, quel est le mécanisme de cette reproduction. Il n'apprend rien de nouveau sur la première question; quant à la seconde, il assure avoir fait de nombreuses expériences sur de jeunes oiseaux, principalement sur des poules. Voici les résultats auxquels il est arrivé : 1.° si l'on enlève le périoste externe d'un os du crâne, la lame externe de cet os se nécrose et tombe : dans ce cas, il se forme d'abord un nouveau périoste, puis un cartilage, qui, plus tard, s'ossifie; 2.° si l'on enlève un os entier du crâne et son périoste, la dure-mère restant intacte, cette membrane ne reproduit que la lame interne de l'os; l'externe est reproduite, comme dans le cas précédent, par un périoste de nouvelle formation; 3.° si l'on enlève le périoste, l'os et la dure-mère, il se forme d'abord un nouveau périoste et une nouvelle dure-mère, puis un double cartilage intermédiaire à ces deux membranes, lequel finit par se convertir en deux lames osseuses; 4.° tous les os ne sont pas susceptibles de reproduction : ceux que l'auteur a vu se reproduire dans ses expériences sont les frontaux, l'occipital, les pariétaux et les autres os de la voûte du crâne; mais l'enveloppe osseuse des canaux demi-circulaires et ces derniers eux-mêmes ne se reproduisent pas : cependant, si un canal n'a été que divisé, les deux bouts se réunissent après un certain temps, et se soudent par un noyau osseux qui, en ce point, oblitère la cavité. Quant au mécanisme de cette reproduction, voici comment M. Flourens s'en rend compte : 1.° c'est toujours ou le périoste ou la dure-mère qui se reproduisent d'abord, et qui reproduisent ensuite le cartilage et l'os; 2.° c'est toujours de l'ancien périoste et de l'ancienne dure-mère que naissent le nouveau périoste et la nouvelle dure-mère; aussi est-ce toujours par les bords que commence la nouvelle organisation; 3.° l'os nouveau n'est jamais aussi régulier dans sa structure que l'os primitif; les deux lames dont il se compose se confondent souvent ensemble, ou, du moins, ne sont séparées l'une de l'autre que par un diploé imparfait; 4.° un épanchement de lymphe organisable placée à la limite même de la partie qui se forme, précède toujours un nouveau progrès de la formation : en outre, cette lymphe doit toujours être maintenue pendant un certain temps en position, ou par une croûte, ou par une lame quelconque, et c'est là l'usage, assez peu remarqué jusqu'ici dans la cicatrisation des plaies, de ce qu'on appelle *croûte*.

Action de la moelle épinière sur la respiration. — Le même membre communique une note sur l'action de la moelle épinière sur la respiration. Il rappelle d'abord les recherches qu'il a soumises

'Académie en 1823, et desquelles il résulte que la moelle épinière
erce d'influence sur la circulation que par l'intermédiaire de la
piration, c'est-à-dire que s'il existait un animal chez lequel la
piration ne serait point suspendue par l'enlèvement de la moelle
nière, la circulation continuerait également à se faire. L'auteur
qu'on rencontre des animaux de cette nature, que ce sont les
sons : en effet, il a reconnu que, chez eux, on peut détruire en-
rement la moelle de l'épine sans détruire la respiration, et qu'a-
s le mouvement circulatoire du sang se conserve. La moelle épi-
re, dit-il en terminant, n'a donc sur la circulation qu'une action
ative et variable, comme sur la respiration, et ce n'est pas en elle
e réside le principe exclusif de cette fonction.

Ergot du maïs. — M. le docteur Roulin, pendant son séjour en
érique, a eu l'occasion d'observer les effets de l'ergot sur le
ïs, plante que, jusqu'à présent, on n'avait pas crue atteinte de
tte maladie, et il a reconnu que les accidens qui résultent de
sage du grain ainsi altéré, quoique se rapprochant en plusieurs
ints de ceux que produit le seigle ergoté, en diffèrent pourtant
us quelques rapports. C'est dans la Colombie et dans les provinces
: Neyba et de Mariquita que M. Roulin a observé l'ergot du maïs.
uelquefois, une seule plantation est attaquée; assez souvent, plu-
eurs champs contigus sont frappés en même temps; mais il est
ès-rare que la maladie envahisse à la fois tout un canton. Le maïs
goté est connu, dans la province de Mariquita, sous le nom de *maïs
ladero*, c'est-à-dire qui cause la pelade. Il fait, en effet, tomber
s cheveux des hommes qui en mangent, et c'est un symptôme fort
marquable dans un pays où les vieillards même conservent pres-
ue tous leurs cheveux. Quelquefois, mais rarement, il cause l'é-
ranlement et la chute des dents. Les cochons qui mangent du maïs
rgoté se dépouillent aussi de leurs poils, et bientôt ils perdent le
nouvement des membres postérieurs, qui paraissent comme atro-
hiés et qui, peut-être même, seraient frappés de gangrène si l'on ne
uait l'animal : leur chair se mange, et l'on n'a point observé qu'il
n résultât d'accidens. Les mules éprouvent, par l'usage de cette nourriture, outre la chute des poils, un engorgement des pieds qui va quelquefois jusqu'à la suppuration et à la chute des sabots. Les poules qui en sont nourries pondent souvent des œufs sans coquille, ce que l'auteur attribue à un véritable avortement, à une contraction prématurée des organes destinés à l'expulsion de l'œuf, de sorte que celui-ci est chassé de l'oviducte avant d'avoir eu le temps de s'y revêtir de son enveloppe calcaire. Les effets du maïs ergoté, pris comme aliment, sont, comme ceux du seigle, d'autant moins à craindre, qu'on est plus éloigné du temps de la récolte; il paraît même

que, pour le premier, le poison agit avec plus de violence encore quand le grain n'a pas acquis toute sa maturité. Les singes et les perroquets, qui le mangent tandis qu'il est encore sur la tige, sont subitement frappés d'une sorte d'ivresse, et tombent mourans au milieu de la plantation. Ce qu'il y a de bisarre, et ce qui, pourtant, paraît prouvé, autant du moins qu'une chose peut l'être, c'est que ce même grain, dont les effets sont si terribles, perd ses qualités malfaisantes quand on lui fait traverser les *paramos*, hautes montagnes où règne un froid éternel. Ce fait, observe l'auteur, ne pourrait-il pas expliquer les différences qu'on remarque dans l'action du seigle ergoté, suivant qu'on le prend dans telle ou telle pharmacie; peut-être celui qui a perdu son action a-t-il été exposé au froid de l'hiver dans un magasin mal clos, tandis que l'autre a été conservé dans un lieu tempéré. Il ne paraît pas que l'ergot du maïs soit une maladie fort commune; on ne l'observe que dans les parties les plus chaudes des provinces de Neyba et de Mariquita, quoique la plante végète fort bien dans divers climats, et jusqu'à une hauteur de deux mille cinq cents mètres au-dessus du niveau de la mer.

VARIÉTÉS.

Réorganisation de l'Académie royale de Médecine.

Le Moniteur du 20 octobre contenait l'ordonnance suivante :

ART. I.er L'Académie royale de Médecine sera divisée à l'avenir en classes ou sections : 1.° d'anatomie et physiologie; 2.° de pathologie médicale; 3.° de pathologie chirurgicale; 4.° de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale; 5.° de médecine opératoire; 6.° d'anatomie pathologique; 7.° d'accouchement; 8.° d'hygiène publique, médecine légale et police médicale; 9.° de médecine vétérinaire; 10.° de physique et chimie médicale; 11.° de pharmacie. Elle désignera, dans les limites fixées par l'art. 4 ci-après, les membres qui formeront chacune de ces classes ou sections.

2. Les assemblées de sections sont supprimées, l'Académie ne se réunira plus qu'en corps, ses séances seront uniquement consacrées à la science.

3. Il y aura un secrétaire annuel nommé par l'Académie, lequel suppléera le secrétaire perpétuel en cas d'absence.

4. Le nombre des membres de l'Académie sera successivement réduit à soixante titulaires, quarante adjoints, quarante associés non résidens, vingt associés étrangers, et dix associés libres.

Jusqu'à ce que l'Académie soit rentrée dans les limites des nombres ci-dessus exprimés, il ne sera fait qu'une nomination sur trois extinctions.

5. A l'avenir, il ne sera plus nommé de membres honoraires ni d'associés résidens. Les honoraires qui font actuellement partie de l'Académie jouiront des mêmes prérogatives que les titulaires.

6. Les adjoints prendront part aux discussions de l'Académie en matière de science, mais avec voix consultative seulement. Ils auront droit, désormais et concurremment avec des associés résidens, au tiers au moins des places de titulaires. Il n'y a plus d'adjoints non résidens : ceux-ci prendront le titre de *correspondans*.

7. Le conseil d'administration de l'Académie sera composé du président d'honneur, du président annuel, du secrétaire perpétuel, du trésorier, du doyen de la Faculté de médecine, de quatre membres titulaires nommés annuellement par l'Académie, et du secrétaire de ses bureaux, qui prendra le titre et remplira les fonctions de secrétaire du conseil. Ce conseil sera seul chargé de l'administration des affaires de l'Académie.

8. Les élections pour la place de titulaire et d'adjoint seront faites par les membres titulaires de l'Académie, sur une liste de candidats présentés par la classe ou section dans laquelle la place sera vacante.

Les associés non résidens et les correspondans seront nommés directement par l'Académie.

La nomination des titulaires continuera d'être soumise à notre approbation.

9. Le réglement de l'Académie sera modifié conformément aux dispositions qui précèdent. Les ordonnances des 20 septembre et 6 février 1821 continueront d'être exécutées en tout ce qui n'est pas contraire auxdites dispositions.

Cette ordonnance pourrait fournir matière à beaucoup de réflexions : nous n'en présenterons pour le moment que quelques-unes. Il est évident que plusieurs dispositions ont pour but d'augmenter l'influence du gouvernement sur l'Académie (plusieurs circonstances ont cependant prouvé qu'elle était déjà assez forte). Cette nouvelle division en onze sections sera la source de beaucoup d'embarras pour l'Académie, tant dans ses travaux que dans les nominations qu'elle aura à faire. Elle est, d'ailleurs, tout-à-fait arbitraire, et sépare des choses qui doivent être réunies : comment diviser, par exemple, les pathologies médicale et chirurgicale et l'anatomie pathologique ; la pathologie chirurgicale et la médecine opératoire, etc. Il valait bien mieux laisser à l'Académie le soin de se diviser en commissions, suivant l'exigeance de ses fonctions. On a voulu, suivant le rapport qui

précède l'ordonnance, imiter l'organisation de l'Académie des sciences. Ce n'était peut-être pas là le modèle qu'il fallait chercher; et, en outre, il y a plus que de l'inexactitude à comparer les spécialités des sciences médicales aux divisions tranchées que présentent les sciences en général. Quoi qu'il en soit, la nouvelle organisation de l'Académie, qu'elle soit regardée comme meilleure ou plus mauvaise que la précédente, ne changera probablement, ni en bien ni en mal, les destinées de ce corps savant. Comme toutes les compagnies privilégiées, il ne peut que traîner une existence languissante. Un mal incurable le dévore : il n'est plus en harmonie avec nos mœurs et avec la diffusion des lumières et des talens.

Projet d'un monument en l'honneur du docteur Gall.

Les amis du docteur Gall, et tous ceux qui savent apprécier l'importance de ses travaux, se sont réunis pour élever sur sa tombe un monument qui doive consacrer la reconnaissance du monde savant pour les laborieuses recherches et les grandes découvertes de cet homme célèbre. Les savans de tous les pays et de toutes les classes applaudiront et s'empresseront sans doute de souscrire à ce noble projet. Qui a mieux mérité de ses contemporains un hommage éclatant à sa mémoire que celui qui a créé une science toute neuve, qui est parvenu à éclaircir les ténèbres qui couvraient la physiologie intellectuelle et morale de l'homme, que celui dont les travaux ont jeté sur toutes les connaissances humaines qui ressortent de la philosophie des lumières si vives (1).

Les souscriptions sont reçues chez M. Delamaze, notaire, rue de la Paix n.° 2, et chez MM. Treuttel et Würtz, libraires, rue de Bourbon n.° 17.

(1) La doctrine du docteur Gall est principalement développée dans le grand et bel ouvrage qu'il a publié sous le titre : *Anatomie et physiologie du système nerveux en général, et du cerveau en particulier*, avec des observations sur la possibilité de reconnaître plusieurs dispositions intellectuelles et morales de l'homme et des animaux, par la configuration de leurs têtes, 4 vol., avec atlas in-fol. composé de 100 planches très-bien gravées. S'adresser, pour les conditions de la vente, chez M. Delamaze, notaire, rue de la Paix n.° 2; et pour voir les exemplaires de l'ouvrage, chez M.me veuve Gall (rue de la Paix n.° 8), qui accordera trois ou quatre termes pour le payement et une remise considérable à MM. les médecins.

Prix proposé par la Société hollandaise des Sciences de Harlem.

La Société met au concours, pour 1831, la question suivante :

« Quelle est la manière la plus sûre, la plus facile et la plus profitable d'extraire l'*émétine*, soit de l'ipecacuanha, soit des autres végétaux qui en contiennent? Quels sont les caractères propres à faire reconnaître la pureté de ce principe? Quel est le rapport de l'action vomitive de l'émétine comparée à celle de l'ipécacuanha? Enfin, quelle est la manière la plus sûre d'administrer cette substance? »

Le prix sera une médaille d'or de la valeur de 150 florins, et de plus une gratification de pareille somme, si la Société le juge à propos. Les mémoires devront être remis, dans les formes académiques, avant le 1.er janvier 1831, à M. Van-Marum, secrétaire perpétuel de la Société.

BIBLIOGRAPHIE.

Ratio medendi in schola clinica medica univers. Reg. L. M. et demum scholæ chir. Landishutanæ. Annus I, II et III. A J. A. Schultes, *M. D., prof., etc., etc. Leipzick. Leop. Voss. Paris, Baillère, 1828. In-8.° VIII-128 pp.*

Les ouvrages tels que celui-ci ne sont pas du nombre de ceux qui font révolution, qui changent tout-à-coup l'aspect de la science. Leurs prétentions sont plus modestes; mais si leurs résultats ont moins d'éclat, ils ont bien souvent plus de solidité. Soumise à l'épreuve du *Ratio medendi,* combien de fois la plus savante doctrine ne vit-elle pas casser les arrêts qu'elle avait fondés sur l'infaillibilité de ses principes; combien de fois aussi la *pratique de l'hôpital* ne fit-elle pas évanouir les espérances qu'avaient fait naître les illusions de l'empirisme. L'exactitude et la circonspection sont les caractères naturels des traités de médecine clinique. Celui-ci se fait remarquer par le degré auquel y sont portées ces qualités. M. Schultes paraît être un excellent observateur. Réservé dans sa pratique, et n'invoquant les secours énergiques de l'art que dans le cas où, selon les apparences, la nature ne pourrait suffire à procurer une guérison moins cher achetée, il est avare du sang de ses malades, jamais prodigue de médicamens, et, non-seulement les relevés nécrologiques annuels prouvent que sa pratique est bonne, mais elle fournit aux élèves de la petite école de Landshut, le moyen d'apprécier le véritable in-

fluence de la thérapeutique, mieux qu'on ne peut le faire dans beaucoup d'universités bien plus célèbres. Le *Ratio medendi* de M. Schultes renferme plusieurs observations fort intéressantes que nous pourrons, dans une autre occasion, faire connaître à nos lecteurs.

Traité général d'anatomie comparée; par J. F. Meckel; *traduit de l'allemand et augmenté de notes, par MM.* Riester *et* Alph. Sanson. *Paris*, 1829, *in*-8.° Troisième volume *en deux parties de* 476 *et* 450 *pages chacune.*

Ce troisième volume renferme la description du squelette des oiseaux et des mammifères. Comme cette partie du corps des vertébrés offre, dans ces deux classes, une plus grande uniformité que dans les animaux des classes précédemment étudiées, M. Meckel a cru convenable de ne plus suivre les différentes divisions du squelette pour les principaux ordres de ces classes, ce qui ne l'empêche pas d'ailleurs de signaler successivement les différences que le squelette présente dans ces ordres, et même dans certains genres et certaines espèces. Il examine d'abord les os du tronc (rachis, vertèbres en particulier, côtes, bassin), puis ceux des membres, et en dernier lieu ceux de la tête. L'étude des ligamens et des articulations suit toujours la description des os de chacune de ces divisions. Les traducteurs ont continué d'ajouter au texte des notes plus ou moins détaillées qui complètent les recherches particulières de l'auteur. M. Meckel sera peut-être surpris de trouver comme complément de ses observations, celles de M. Serres sur l'ostéogénie, car il en a lui-même contesté l'exactitude; tandisque l'on n'a pas même mentionné celles de Béclard sur le même sujet, quoiqu'elles soient remarquables par leur précision. Le troisième volume du *Traité général d'Anatomie comparée* continue de justifier tout ce qu'on avait droit d'attendre de l'auteur d'un ouvrage aussi important.

Recherches sur l'organisation vertébrale des crustacés, des arachnides et des insectes; par J. B. Robineau-Desvoidy, *docteur en médecine. Avec une planche. Paris*, 1828, *in*-8.° *de* 310 *pp.*

Dans une préface assez longue, écrite, comme tout l'ouvrage, avec une indépendance qu'on ne peut trop louer, mais qui est déparée quelquefois par un ton d'aigreur et un esprit d'animosité qu'on voit avec peine exister entre gens faits pour s'estimer, l'auteur se montre partisan presque enthousiaste des principes émis par M. Geoffroy-Saint-

Hilaire dans sa *philosophie anatomique*. C'est en appliquant à l'étude des crustacés, des arachnides, et des insectes, la doctrine *des analogues* qu'il est arrivé à cette conclusion générale que les animaux articulés sont tous *vertébrés*. Or, suivant l'auteur : « La véritable » *vertèbre* consiste dans la réunion des divers systêmes qui en font un organe spécial. » La plupart des lecteurs ne comprendront probablement guère plus que nous cette définition de la vertèbre en général, surtout quand on sait ce qu'en anatomie on a toujours désigné sous ce nom ; mais nous concevons qu'on puisse adapter une définition aussi vague à certaines parties des animaux en question pour trouver dans leur organisation ce qui constitue les vertébrés. Toutefois nous doutons que cette opinion soit admise par celui qui observe sans prévention, et qui attache aux mots un sens précis et rigoureux. Quant à nous, nous pensons que la *théorie des analogues*, dont on multiplie trop facilement les applications, indique bien souvent comme semblables des parties qui n'ont pas la moindre analogie de structure et de fonctions, et il est fâcheux que dans une science de faits, comme l'anatomie, on substitue ainsi les mots aux choses : nous ne voyons pas ce qu'il peut y avoir de *philosophique* dans cette manière de procéder. La matière qui fait l'objet de l'ouvrage que nous annonçons étant étrangère aux sujets dont ce journal s'occupe spécialement, nous ne dirons rien des détails curieux que ce travail renferme, nous nous sommes contentés de discuter un instant le principe général sur lequel il repose, et nous terminerons en disant que l'auteur y fait preuve de connaissances fort exactes en anatomie comparée : quelle que soit l'interprétation des faits qu'il expose, ses observations seront consultées avec beaucoup d'intérêt par les naturalistes, et par ceux qui se livrent à l'étude de la zoologie.

De la nature et du traitement de la maladie dite hydrocéphale aiguë (*méningo-céphalite des enfans*) ; *par M.* D. Charpentier, *D. M. P., médecin de l'hospice civil de Valenciennes, etc. Paris*, 1829. *In-8.° de 370 pages. Chez Baillière.*

Cet ouvrage publié presque en même temps que celui de M. le docteur Bricheteau dont nous avons rendu compte, en diffère cependant à beaucoup d'égards et peut même en être regardé, sinon comme la réfutation la plus satisfaisante, au moins comme la contre-partie la plus complète : « Appelé, dit l'auteur, par des circonstances particulières en 1824 à Paris, je profitai du long séjour que je fus obligé d'y faire, pour rechercher la *cause* de l'hydrocéphale aiguë ; je l'étudiai plus particulièrement à l'hôpital des Enfans, qui offre un champ si

vaste à l'observation de cette maladie, et bientôt je pus me convaincre, que, de toutes les opinions émises sur sa nature, aucune n'était rigoureusement exacte: toutefois, ajoute-t-il, ce n'eût pas été pour moi, un motif d'en publier une que je crois plus vraie, si, chose plus essentielle, je n'avais pu en même temps indiquer un traitement dont l'efficacité me paraît démontrée, et que me faisait désirer le peu de succès de ceux préconisés jusqu'à ce jour ». Dans la première partie de son ouvrage, s'appuyant tout à la fois sur les faits, le raisonnement et l'analogie, M. Charpentier, soutient que l'épanchement de sérosité dans les ventricules ne constitue pas la maladie, qu'il n'en est qu'un effet, et un effet bien moins important qu'on ne pense, puisqu'il n'en modifie ni la marche, ni les symptômes, de manière à révéler sa présence, et qu'il ne peut même offrir aucune indication curative particulière. Il en conclut que c'est à tort, qu'on lui a imposé le nom d'hydrocéphale aigue; dénomination, suivant lui, d'autant plus fâcheuse, que donnant une idée tout-à-fait fausse de la nature de cette maladie, elle entraîne nécessairement le praticien dans un traitement qui ne peut manquer de devenir funeste.

Passant ensuite à cette question: *la maladie, dite hydrocéphale aiguë, doit-elle être exclusivement rapportée à l'inflammation des méninges?* l'auteur s'attache à réfuter l'opinion des médecins qui, ne considérant les lésions du cerveau que comme de simples complications, rapportent à une phlegmasie des méninges, les symptômes caractéristiques de l'hydrocephale aiguë. Quant à lui, c'est au contraire dans le cerveau qu'il place le principal siége de cette affection, et en preuve il invoque successivement la nature des symptômes, la marche de la maladie et l'état des organes après la mort. Nous ne suivrons pas M. C. dans cette discussion, à la suite de laquelle il croit pouvoir conclure que l'hydrocéphale aiguë est *une inflammation combinée du cerveau et des méninges, une méningo-céphalite, sans qu'on puisse dire, le plus souvent, par lequel, du cerveau ou de ses annexes, l'inflammation débute: aucun symptôme pathognomonique ne distinguant, dans l'état aigu, l'une de ces phlegmasies de l'autre.*

Si maintenant on demande à l'auteur, pourquoi l'hydrocéphale n'étant qu'une inflammation aiguë du cerveau et des méninges, il existe des dissemblances entre cette affection et celle qu'on appelle *fièvre ataxique*, qui (d'après lui), n'est aussi qu'une méningo-céphalite? Il répondra que ces dissemblances sont dues à deux causes qui n'empêchent pas la maladie d'être de nature absolument identique: l'une dépend de ce que dans l'hydrocéphale aiguë, la base du cerveau est plus fréquemment enflammée que dans la fièvre ataxique; l'autre, qui est la principale, tient uniquemment aux modifications

que l'âge apporte dans la vitalité des organes : de sorte que, par exemple, la même affection qui chez un enfant constitue une hydrocéphale aiguë, si elle se manifestait chez un individu plus âgé, constituerait une fièvre ataxique, et s'appelerait fièvre lente nerveuse ou apoplexie séreuse, si elle attaquait un vieillard. Il y a donc simple différence de forme et non de nature. Plus loin M. C. combat l'explication de MM. Parent et Martinet, lesquels, attribuant les symptômes de l'hydrocéphale aiguë à l'inflammation de l'arachnoïde de la base qui ne s'observe guère que chez les enfans, rapportent à l'inflammation de l'arachnoïde de la convexité, plus particulière aux adultes, les phénomènes de la fièvre ataxique, dont le caractère le plus essentiel est le délire. (Or on sait aussi que d'après MM. Parent et Martinet, le délire est exclusivement produit par la méningite de la convexité du cerveau). M. C. au contraire assure que dans la très-grande majorité des cas où l'arachnoïdite de la base existe, on observe en même temps des traces d'inflammation sur les membranes de la convexité : il persiste donc à considérer le défaut de délire dans les affections cérébrales des enfans, comme dépendant de l'état dans lequel se trouvent les facultés intellectuelles dans les premières années de la vie ; et son opinion lui paraît d'autant plus fondée, que sur cent vingt-cinq observations d'inflammation des méninges rapportées dans les ouvrages de MM. Parent, Martinet et Serres, il n'en est pas une, chose bien remarquable, dit-il, dans laquelle on ait observé de délire avant la huitième année, et cependant, il s'en trouve treize avec arachnitis de la convexité, chez des sujets qui n'avaient pas encore atteint cet âge. D'un autre côté, ajoute-t-il, le plus ordinairement le délire existe lorsque l'arachnoïdite atteint des sujets qui ont passé l'âge indiqué, sans qu'il soit plus particulier à cette inflammation occupant la convexité, qu'à celle qui est bornée à la base et aux ventricules. C'est à la différence d'âge que l'auteur attribue les cris hydrencéphaliques, généralement regardés comme caractéristiques de l'hydrocéphale aiguë : la fréquence des convulsions et l'assoupissement lui paraissent tenir encore à la même cause : quant à la dilatation des pupilles, à leurs oscillations et à leur insensibilité, elles dépendent, suivant lui, ainsi que les mouvemens convulsifs des globes oculaires, de ce que la base du cerveau est plus souvent affectée chez l'enfant que chez l'adulte. — Après avoir dit un mot des causes de la maladie, avoir exposé rapidement ses symptômes, ses caractères anatomiques, et rapporté de nouveaux faits à l'appui de son opinion, M. C. s'occupe du diagnostic et du pronostic, et delà tout naturellement arrive à la seconde partie de son ouvrage, c'est-à-dire au traitement de la méningo-céphalite des enfans. Avant de passer avec lui à ce point important, nous allons lui soumettre

quelques-unes des réflexions que nous a suggérées la lecture attentive de ce qui précède. Et d'abord est-ce à une hydropisie aiguë essentielle du cerveau; en d'autres termes, est-ce à l'épanchement aigu de sérosité dans les ventricules de cet organe, sans autre lésion appréciable du tissu, qu'on doive attribuer la production des symptômes de la maladie connue jusqu'ici sous le nom d'hydrocéphale aiguë? L'auteur répond par la négative, et les preuves qu'il en donne me paraissent en général sans réplique; mais ne va-t-il pas au-delà des faits, en ne reconnaissant à l'hydropisie d'autre cause inhérente aux membranes séreuses, que leur inflammation ou leur congestion sanguine. Sans doute le rôle que joue l'épanchement dans l'hydrocéphale aiguë est loin d'avoir été parfaitement déterminé; mais s'en suit-il delà, qu'il faille le considérer avec M. Ch. comme un phénomène de nulle valeur ou comme un simple épiphénomène; et s'il est vrai qu'il ne mérite pas toute l'importance qu'on lui a donnée eu égard aux symptômes et à la marche de la maladie, en est-il aussi complètement dépourvu qu'il cherche à le faire croire? Je suis loin de le penser, et son influence, tant sous ce rapport que comme caractère anatomique, est bien loin de me paraître aussi illusoire que le prétend notre auteur. M. Ch., se fondant principalement sur les lésions trouvées à l'examen des cadavres, établit que cette maladie n'est autre chose qu'une simple inflammation du cerveau et de ses membranes. Et que deviennent les observations peu nombreuses sans doute, mais incontestables, dans lesquelles on n'a rencontré pour toute altération dans l'encéphale, qu'une ou plusieurs onces de sérosité transparente dans chacun des ventricules? Comment expliquer les cas dans lesquels, malgré tous les symptômes propres à la maladie dite hydrocéphale aiguë, on n'a pu trouver après la mort, aucune espèce de lésion appréciable dans l'appareil cérébro-spinal? N'est-il pas fréquent de voir, tant chez des enfans que chez les adultes qui ont succombé à cette affection, les ventricules cérébraux remplis d'une quantité variable de liquide tout-à-fait incolore, tandis que leurs parois, la cloison interventriculaire et la voûte à trois piliers, offrent seulement un léger ramollissement blanc? Regardera-t-on, avec l'auteur, cette double altération, comme le résultat d'une phegmasie ordinaire, bien qu'il n'y ait aucune trace de congestion sanguine, point d'infiltration purulente, pas même d'injection dans les vaissseaux? Accumulation de sérosité dans les ventricules, avec diminution de consistance dans le tissu, voilà toute la lésion? Le nom de méningo-céphalite que l'auteur propose d'assigner à toutes ces maladies, sera-t-il plus exact que celui d'hydrocéphale aiguë? J'en doute encore pour mon compte. Relativement au délire, M. Ch. prouve on ne peut mieux, ce que déjà M. Louis

avait démontré dans ses recherches si intéressantes sur les fièvres typhoïdes, savoir que le délire peut exister sans inflammation du cerveau, et que la méningite de la convexité de cet organe ne suffit pas pour le produire. Mais il s'en faut de beaucoup que ce phénomène soit aussi rare que le croit notre auteur, chez les jeunes enfans : j'ai eu plusieurs fois occasion de l'observer dès l'âge de trois à quatre ans, et M. Guersent m'a cité des cas fort remarquables de délire, chez des enfans qui n'avaient pas atteint leur sixième année.

Est-il bien exact de ne voir, comme le fait l'auteur, que des formes différentes d'une même maladie, dans les convulsions qui affectent les très-jeunes enfans, dans l'hydrocéphale aiguë qu'on observe un peu plus tard, dans la fièvre ataxique des adultes et l'apoplexie séreuse des vieillards ? Je suis loin surtout d'être convaincu de l'identité de nature qui existe, suivant M. Ch. entre la fièvre ataxique ou nerveuse et l'encéphalite. Je doute aussi que la différence d'âge explique les cris hydrencéphaliques et la disposition plus grande à l'assoupissement, qui d'ailleurs se remarque tout aussi bien chez les adultes que chez les enfans atteints de cette affection. N'y a-t-il pas enfin exagération ou erreur de la part de M. Ch. quand il avance que les deux tiers des méningo-cephalites sont produites par l'inflammation des organes gastro-intestinaux. J'aurais bien encore çà et là quelques reproches à faire à l'auteur sur ce qu'il dit par exemple de l'hypertrophie du cerveau qu'il regarde à tort comme coïncidant fréquemment avec l'hydrocéphale aiguë, sur le ramollissement des parois ventriculaires qui, suivant lui, offre le plus souvert une teinte rosée, grise ou jaunâtre, si rare au contraire dans cette maladie. Mais sans m'arrêter aux cousidérations, quelquefois contestables, que donne M. Ch. sur le diagnostic et le pronostic, je me hâte d'arriver au traitement, dernière partie de cet important ouvrage.

Après avoir fait remarquer que la diversité des opinions des auteurs sur la nature de l'hydrocéphale aiguë a dû nécessairement faire varier beaucoup son traitement, M. Charpentier jette un coup-d'œil critique sur la plupart des moyens curatifs les plus vantés contre elle, et il passe de suite à ce qu'il appelle le *traitement méthodique* de la méningo-céphalite. Voici en deux mots en quoi il consiste : sangsues derrière les oreilles, cataplasmes sinapisés aux extrémités inférieures, glace sur la tête maintenue *continuellement*, ou du moins incessamment renouvelée, boissons délayantes et diète absolue. Si malgré ces moyens, les symptômes ne s'amendent pas au bout de huit à dix heures, on revient aux sangsues. On rase la tête pour rendre l'action de la glace plus active, on administre des lavemens laxatifs ou même purgatifs, et on place des vésicatoires aux jambes. Quels que soient

alors les changemens qui surviennent dans la maladie ; ces vésicatoire doivent être pansés quinze ou vingt heures après leur application, de manière à les faire suppurer. Suivant les résultats obtenus, on se bornera à l'emploi de ces premiers exutoires, ou bien on en placera d'autres successivement, d'abord aux cuisses, puis aux bras et enfin à la nuque, mais ceux-ci ne seront point excités. Bien entendu, d'ailleurs, que l'emploi de ces agens thérapeutiques sera subordonné aux diverses complications de la maladie, sur lesquelles l'auteur disserte ensuite. Nous ne ferons aucune réflexion sur ce traitement que M. Ch. nomme méthodique, on ne sait trop pourquoi, et qui lui parait le plus convenable pour combattre une affection aussi grave que l'hydrocéphale aiguë. Une expérience déjà assez longue lui en a, dit-il, démontré l'efficacité, et il rapporte à l'appui quinze observations de guérison, quinze cas de méningo-céphalite observés en moins de trois ans, et quinze cas de réussite! On ne saurait en disconvenir, un tel résultat, s'il était incontestable, aurait de quoi surprendre et grandement encourager les praticiens; mais je l'avoue, sans vouloir le moins du monde suspecter la bonne foi de l'auteur, la lecture de ses observations qui pour la plupart manquent de détails, prouve que souvent il a pris pour des phlegmasies cérébrales des affections qui en différaient essentiellement, ou qui du moins n'en offraient que l'apparence spécieuse

En résumé, nous dirons que si M. Charpentier, déjà tant de fois couronné par diverses sociétés savantes, n'a pas atteint complétement, selon nous, le but qu'il s'était proposé, son ouvrage, plein de faits pratiques les plus curieux, n'en est pas moins digne d'intérêt, et mérite surtout de fixer l'attention des médecins qui s'occupent de l'étude si obscure des affections cérébrales. G. B.

Considérations sur les fièvres intermittentes, continues et rémittentes; par M. Olinet, *D. M. P., etc. Paris, Baillière, 1829. In-8.° 57 pp.*

La médecine qu'on appela long-temps hippocratique, quoique ce ne soit pas celle d'Hippocrate, est tellement tombée en desuétude parmi nous, que celui qui s'en déclare partisan et cherche à l'appliquer à quelque point encore obscur de la science, parle une langue morte dont beaucoup de lecteurs ignorent jusqu'à l'histoire même. Aussi nous serait-il difficile d'exposer de manière a être compris de tout le monde, les opinions de M. Olinet sur les fièvres, à moins d'entrer dans des détails qu'excluent les limites de cette notice, nous nous bornerons donc à énoncer le principe fondamental de sa doctrine et les conséquences thérapeutiques qu'il en déduit. Suivant lui, toute consti-

tution médicale entraîne nécessairement l'existence d'une fièvre épidémique, cette fièvre forme la base de toutes les affections aiguës, quelles qu'elles soient, qui peuvent survenir; la nature primitive, essentielle de la fièvre, est d'être une affection périodique, et elle ne devient rémittente ou continue que par la violence, le rapprochement ou la confusion de ses accès. Enfin quand elle a subi cette transformation, ou même quand elle la présente dès son origine, le quinquina en est encore le véritable spécifique. Quand la maladie est continue, c'est-à-dire, suivant M. Olinet, *très-intense*, il faut choisir pour administrer le remède, le moment du plus grand calme. Cette méthode universelle n'exclut point les spécialités de la thérapeutique; car on peut avoir, et l'on a presque toujours des complications à combattre, ou des précautions à prendre pour prévenir les inconvéniens que pourrait avoir l'antifébrile par excellence. Or M. Olinet attache beaucoup d'importance à ces objets secondaires du traitement, et il faut voir dans l'opuscule les détails dans lesquels il a cru devoir entrer à cet égard. Nous noterons comme un fait qu'il donne pour établi sur une expérience constante, que le sulfate de quinine est le meilleur des fébrifuges antipériodiques, tandis que, dans les fièvres continues, le quinquina doit toujours être préféré.

Essai sur les eaux minérales thermales de Louesche, en Suisse, canton du Valais; par J. Fr. Payen, *D. M. P. Paris*, 1828, *in-8.° 64 pp.*

Cette dissertation contient l'historique très-complet, sous le rapport topographique et chimique, de sources minérales qui ne nous semblent pas assez connues. L'usage de ces eaux, à la fois sulfureuse et salines, produit constamment au bout de quelques jours un exanthème très-remarquable par une marche et des caractères à peu près identiques chez tous les individus, qui doit avoir une action révulsive fort avantageuse dans une foule de cas. Voici ce que l'auteur rapporte au sujet de cette éruption qu'on nomme vulgairement *poussée*, dans le pays. « Rarement les trois premiers jours on éprouve des picotemens à la peau, mais après une huitaine chez le plus grand nombre, après deux, trois ou quatre bains chez quelques-uns, on éprouve aux genoux quelques picotemens, suivis bientôt de l'apparition de taches rouges pointillées, puis de plaques comparables à celle que détermine l'application d'un sinapisme. Cette éruption s'étend, en suivant cette gradation, aux bras, aux cuisses, aux avant-bras, puis au tronc. Quelquefois elle met plusieurs jours à occuper toutes ces surfaces, et les parties atteintes les premières sont guéries quand les dernières sont affectées. Mais, le plus souvent, l'éruption est générale à la fois, quoique moins vive aux

endroits qui ont été frappés les premiers ; bientôt il s'élève sur ces rougeurs des pustules plus ou moins grosses : la fièvre, qui survient quelquefois dès le commencement de l'éruption, paraît, si elle n'a pas eu lieu, et son intensité est en raison de l'éruption. Chez quelques baigneurs, celle-ci est assez forte pour constituer une véritable maladie; ils n'éprouvent de soulagement que par le séjour dans l'eau, quoique l'immersion soit très-douloureuse, et on a quelquefois été obligé, dans l'intervalle des bains, d'envelopper les malades d'un drap mouillé dans leur lit, pour calmer les douleurs. Le plus souvent cette éruption (*la poussée*) est modérée, par fois elle ne se manifeste que sur quelques parties; comme les éruptions cutanées elle est susceptible de disparaître subitement par un grand nombre de causes, etc. » Il serait à désirer que l'auteur eût apporté plus de précision dans la description des caractères de cette inflammation cutanée : peut-être que sa forme, mieux déterminée, fournirait quelques indications thérapeutiques intéressantes. On trouve ensuite, décrits avec soin, le mode d'administration de ces eaux minérales, leurs effets les plus généraux, les précautions qu'il faut prendre pendant leur usage, etc. etc; mais il est à regretter que l'auteur ait laissé autant de vague dans l'indication des maladies qui sont combattues avantageusement par l'administration de ces eaux. Il manque évidemment, comme complément de cette dissertation, un certain nombre d'observations qui pourraient, bien plus qu'une description générale, faire apprécier les propriétés thérapeutiques des eaux de Louesche. Ajoutons que l'auteur nous semble avoir mal choisi ses autorités pour attester l'efficacité d'une source minérale, dans laquelle l'analyse chimique fait du reste assez entrevoir des propriétés véritablement énergiques. Néanmoins le travail de M. Payen mérite de fixer l'attention des praticiens, et doit être un guide fort utile pour les personnes appelées à faire usage des eaux thermales de ce canton de la Suisse.

Recherches sur les causes de l'ophthalmie qui règne dans quelques garnisons de l'armée des Pays-Bas, et sur les moyens d'y remédier ; par MM. L. Fallot *et* L. J. Varlez, *docteurs en médecine, etc. Paris et Bruxelles*, 1829, *in*-8.°, 193 *pp*.

Depuis plusieurs années une ophthalmie très-rebelle, et souvent funeste dans ses conséquences, désole l'armée du roi des Pays-Bas. Des recherches multipliées ont été faites par les médecins et chirurgiens militaires sur la cause de cette maladie, et jusqu'à présent ces différentes enquêtes, que l'autorité avait favorisées de tous ses moyens, n'avaient donné lieu qu'à des mesures inefficaces. On attribuait la

maladie soit à la disposition de certaines parties de l'habillement des troupes, soit au régime alimentaire et aux autres habitudes du soldat. L'examen de ces diverses opinions a nécessairement engagé MM. Fallot et Varlez dans une discussion fort détaillée, mais qui a trop le caractère d'une dissertation toute polémique. Il s'agissait d'éclairer plusieurs points obscurs de l'histoire de cette maladie, et il nous semble que les principes qu'on avait émis pouvaient être discutés sans recourir à des personnalités qui n'ajoutent rien à la conviction. Du reste, les faits très-nombreux que citent les auteurs de cet ouvrage prouvent que l'ophthalmie des Pays-Bas est épidémique, que sa propagation a été activée par l'encombrement des soldats dans certains lieux où l'air n'était pas renouvellé, et les moyens prophylactiques que proposent MM. Fallot et Varlez nous paraissent très-propres à s'opposer non seulement à l'extension de la maladie, mais encore à hâter sa disparition dans les localités où on l'observe encore aujourd'hui.

De la torsion des artères; par le docteur ALEXANDRE THIERRY. *Paris*, 1829, *in-8.°*, 21 *pp.*, *fig.*

L'histoire des plaies par arrachement a fait voir depuis long-tems que le tiraillement et la torsion que les vaisseaux éprouvent alors, sont la cause à laquelle on doit l'absence de toute espèce d'hémorrhagie à la suite de ce genre de plaies. Cette observation n'avait pas été perdue, et quelques auteurs avaient conseillé, pour arrêter l'écoulement du sang, d'attirer à soi le vaisseau ouvert en pinçant son extrémité, et de le tordre. C'est ce procédé, à peu près oublié, que M. Thierry veut faire revivre, et sur lequel il appelle aujourd'hui l'attention. Il ne pense pas que ce moyen puisse suppléer à la ligature dans tous les cas, mais dans quelques-uns seulement. Afin de déterminer la valeur réelle de ce moyen hémostatique, il en a fait l'application sur le chien et le cheval. Il pratique la torsion de deux manières, sans diviser l'artère, ou en la divisant transversalement. Dans le premier procédé il soulève le vaisseau avec une aiguille de Deschamps dont il se sert comme d'un tourniquet, faisant exécuter autant de mouvemens de torsion, toujours dans le même sens, que l'exige le calibre de l'artère. Dans le deuxième procédé, l'artère étant coupée transversalement, il la saisit avec une pince de Percy, et exécute la même manœuvre. Quatre mouvemens de torsion suffiront pour une petite artère, six pour une artère moyenne; les plus grosses en exigeront huit ou dix. Il faut aussi qu'une longue portion d'artère divisée ne soit pas isolée et tirée au dehors, car la torsion s'étendant

davantage serait nécessairement moins complète. M. Thierry ne se dissimule pas que les différences de structure que présentent les artères chez les animaux et chez les hommes, puissent empêcher les résultats qu'il a obtenus de se reproduire également chez ce dernier: toutefois comme il a réussi constamment dans ses expériences sur les animaux, à produire ainsi l'oblitération de l'artère et la suspension de l'hémorrhagie, il pense que ce moyen serait parfaitement indiqué dans certaines opérations où l'on divise des artères profondes qu'il est impossible de lier, ou dont la ligature peut par sa présence causer ensuite des accidens, telles que celles du périnée, du rectum, l'artère épigastrique, les artères épiploïques et mésentériques. Nous ajouterons que depuis la publication de la brochure de M. Thierry, la torsion des artères a été pratiquée plusieurs fois avec succès chez l'homme, et même sur l'artère crurale dans une amputation de la cuisse. Ces observations récentes démontrent donc que la torsion des artères peut suffire pour arrêter définitivement l'écoulement du sang chez l'homme; mais c'est à l'expérience de décider quels peuvent être les avantages réels de ce moyen, et les cas dans lesquels il peut être indiqué.

Examen des nouvelles opinions de M. le docteur Lassis, *concernant la fièvre jaune, ou Réponse à la brochure que ce médecin vient de publier, sur les causes des épidémies en général, et plus particulièrement de celle qui a régné l'an dernier à Gibraltar; par* N. Chervin, *D. M., etc. Paris*, 1829, *in-8.°*, 43 *pp. Chez Baillière.*

Il n'est personne, ayant l'habitude de fréquenter les académies de médecine et des sciences, et au courant de leurs travaux, qui n'ait entendu parler de la doctrine étrange et des singulières prétentions du docteur Lassis. On sait que ce médecin, peu fidèle à l'opinion qu'il avait émise il y a quelques années sur l'étiologie de la fièvre jaune, est venu se jetter entre les deux partis qui divisent le monde médical, et les accuser d'embrasser chacun de leur côté des chimères également nuisibles à l'humanité : suivant M. Lassis, la fièvre jaune, et en général les fièvres épidémiques et réputées contagieuses, ne reconnaissent pas plus pour cause la contagion que l'infection, et ne sont que des fièvres putrides, ataxiques ordinaires, des gastro-entérites, uniquement produites et propagées par les mesures sanitaires dirigées contre elles, soit dans le système de l'infection, soit dans celui de la contagion. Faisant l'application de cette doctrine à la maladie qui vient de frapper Gibraltar, le docteur Lassis s'est élevé contre ceux qui ont voulu voir une maladie spéciale, la fièvre jaune, dans cette épidémie, et qui l'ont attribuée à l'infection.

C'est à la brochure qui contient ces choses et bien d'autres encore, que M. Chervin, si connu par ses victoires sur les contagionistes, s'est proposé de répondre. Nous ne croyons pas devoir donner l'extrait de cette polémique. Il nous suffira de dire que M. Chervin, avec la supériorité ordinaire de sa dialectique et la force de ses argumens toujours puisés dans les faits, n'a pas eu de peine à mettre au néant les assertions de son faible adversaire. Certes, il faut avoir pris, comme il l'a fait, le parti bien décidé de ne laisser sans réponse aucune objection, même la plus futile, faite à la doctrine qu'il soutient, pour avoir pris la plume dans cette occasion. Nous devons nous en féliciter cependant, puisqu'elle nous a procuré une brochure intéressante, à part le motif léger qui l'a fait naître, et dans laquelle son auteur a su faire encore avancer la fameuse question de la contagion de la fièvre jaune.

Recherches sur les propriétés médicales du charbon de bois, et résultats obtenus; par J. F. PALMAN, *docteur en médecine. Paris,* 1829, *in-8.° de* 53 *pp.*

La brochure de M. Palman rappelle véritablement les écrits des médecins du moyen âge qui cherchaient et admettaient de bonne foi un remède universel. Suivant M. Palman le charbon de bois en poudre est l'anti-gangreneux le plus énergique, un calmant spécial des douleurs résultant du cancer ulcéré, un anti-goutteux par excellence; il jouit d'une efficacité remarquable dans les rhumatismes chroniques, il arrête les accidens produits par l'onanisme, il a une action spéciale sur les nerfs optiques dans l'affaiblissement de la vue, il a une vertu aphrodisiaque, il rend à la liqueur séminale sa consistance *perdue par une trop grande dissipation*; il jouit de propriétés emménagogues, d'une action particulière sur le nerf acoustique; on peut par son moyen dissiper la dureté de l'ouïe, l'amaurose, certaines paralysies, la léthargie, la folie, le tétanos, la chute du rectum, l'incontinence d'urine, les flux diarrhéiques. C'est du reste, un somnifère, un grand réfrigérant, un astringent, un résolutif, un absorbant, un stomachique, un anti-scorbutique, un anti-hémorrhoïdal, un anti-herpétique, etc. etc. On était loin sans doute d'attribuer au charbon de bois tant de propriétés remarquables avant que M. Palman les eût annoncées; mais il ne devait pas se borner à les énumérer, il fallait avant tout démontrer qu'elles existaient, et c'est justement le point sur lequel l'auteur ne dit rien, quoiqu'il ait pris pour épigraphe : *Experientia docet.*

Nous faisons grâce à nos lecteurs des théories chimiques sur lesquelles s'appuie l'auteur, à défaut de faits, pour expliquer les effets merveilleux qu'il attribue au charbon.

Précis d'une nouvelle doctrine médicale fondée sur l'anatomie pathologique, et modifiant celles de MM. Pinel, Broussais, Tommasini, *par M.* Aimé Grimaud, *d'Angers. Paris, chez Baillière*, 1829, 30 *pp.*

Trente pages pour l'établissement d'une Doctrine médicale *nouvelle!* Ce serait bien peu si elle ne portait avec elle tous les caractères de l'évidence, et s'il ne suffisait d'en exposer le code pour entraîner, même sans discussion, l'assentiment de tous les lecteurs. Mais c'est plus qu'il n'en faut à M. Grimaud. Non-seulement sa doctrine se trouve au large dans cet espace, mais il lui reste assez de place pour renverser celles de Broussais, de Tommasini, et de beaucoup d'autres. Encore ne se borne-t-il pas à établir ses dogmes fondamentaux; il les applique à tous les points de la pathologie et de la thérapeutique que *ses mémoires*, lus en différentes Académies, n'avaient pas fait suffisamment connaître. Comme la vérité est toujours simple, on pourrait à la rigueur, énoncer en quelques lignes les principes qui constituent toute la nouvelle doctrine:

Les corps organisés sont *régis* par un *principe vital*. Les corps vivans, c'est-à-dire les animaux, *car les végétaux n'ont pas de système nerveux*, possèdent, *parce qu'ils ont des nerfs*, cette propriété *exclusive de* la vie, qu'on a nommée sensibilité, irritabilité, mais que M. Grimaud désigne mieux par le mot *stimulabilité*.

Tous les corps de la nature *doivent donc* être *stimulans* pour l'homme, *puisque* tous *mettent nécessairement* en action cette propriété.

Que l'action des *stimulans* devienne trop énergique (M. Grimaud n'admet point qu'elle puisse l'être trop peu), l'équilibre des fonctions est rompu, il y a *stimulation morbide*.

Au dernier terme de simplification pathologique où l'on se fut élevé jusqu'ici, on admettait encore des *irritations* et des *asthénies*; c'est une erreur. Les *atonies*, les *débilités*, sont encore des *irritations morbides*, mais des irritations du système lymphatique, que M. Grimaud nomme des phlegmaties; car il faut savoir que le systèmes capillaires sanguins et lymphatique sont dans un antagonisme constant, attendu qu'ils sont *régis*, comme il a été déjà dit, par un *principe unique*, dont il est naturel qu'ils se disputent l'attention. Ainsi des *phlegmasites* et des *phlegmaties*, voilà le cadre nosologique; et, comme la thérapeutique n'existe qu'a condition qu'elle soit *rationnelle*, des *rubéfians*, ou médicamens qui *exaltent* les capillaires sanguins, à employer dans le traitement des phlegmaties, et des *albifians* ou irritans des lymphatiques, pour combattre les plegmasites, voilà la matière médicale. Toute la médecine est là, et dès à présent, il n'est pas un de nos lecteurs qui ne soit en état de faire jouir ses malades des bienfaits de la révolution médicale que vient d'opérer M. Grimaud.

MÉMOIRES

ET

OBSERVATIONS.

NOVEMBRE 1829.

Aperçu des découvertes faites en anatomie pathologique durant les trente années qui viennent de s'écouler, et de leur influence sur les progrès de la connaissance et du traitement des maladies; par J. E. Dezeimeris. (V.e article.)

Lésions consécutives du cœur.

L'inflammation du cœur, comme celle de tout autre organe, peut entraîner à sa suite la suppuration, l'ulcération, la gangrène, le ramollissement ou l'endurcissement de son tissu, des exsudations plastiques ou des épanchemens séreux à sa surface ou dans son épaisseur. Ce viscère est de plus sujet à des lésions organiques nombreuses que la plupart des médecins français considèrent aujourd'hui comme des résultats de l'inflammation; opinion déjà émise par Testa, qui attribue toute altération organique à cette cause, et démontrée par Kreysig pour un certain nombre d'entr'elles. Il est quelques-unes de ces lésions sur lesquelles nous n'avons rien à ajouter à ce qui en a été dit dans l'article précédent; il en est d'autres qui nous arrêteront à peine,

parce qu'elles n'ont point été dans notre siècle l'objet de recherches spéciales, ou de découvertes importantes, et qu'un grand nombre d'autres sujets réclament à leur tour notre attention. Les points qui nous occuperont, dans la courte revue que nous allons faire, sont les suivans : hypertrophie du cœur, atrophie, dilatation des cavités de cet organe. — Changemens de consistance, endurcissement, ramollissement. — Dilatations partielles, ou anévrysmes, vrais ou faux. — Ruptures ou perforations, sans lésion antérieure du tissu du cœur, ou à la suite d'altérations diverses. — Dégénérations variées, ossiformes, stalactiformes, etc. Il y aurait sur tous ces points, et sur plusieurs autres, une foule de travaux à signaler que le défaut de temps et d'espace nous obligent à passer sous silence. On peut dire qu'il existe sur toutes les maladies du cœur, même les plus rares, infiniment plus de faits qu'on ne croit généralement.

On confondit long temps, sous le nom d'anévrysmes du cœur, des lésions de nature fort diverse, et dont la seule circonstance commune était l'augmentation du volume total de l'organe. Les progrès de l'art du diagnostic, aussi bien que de l'anatomie pathologique, doivent faire réserver cette dénomination pour les affections du cœur véritablement analogues aux anévrysmes des artères. M. Bertin établit, dès le commencement de ce siècle (1), la nécessité d'un certain nombre de divisions plus précises, suivant lesquelles les anévrysmes des auteurs peuvent être rapportés à l'hypertrophie générale ou partielle du cœur, sans changement dans la capacité de ses cavités, à la dilatation de ces dernières parties, sans augmentation ni diminution sensible de l'épaisseur des parois, à la di-

---

(1) F. C. A. Leherissé, *Propositions sur les affections organiques du cœur (Diss. inaug.)* Paris, 1806, in-4.

latation avec augmentation de l'épaisseur des parois de la cavité dilatée, et à la dilatation avec amincissement des parois. Nous étudierons successivement chacun de ces divers états qui sont parfaitement distincts les uns des autres, quoiqu'ils existent rarement isolés, et qu'ils se compliquent le plus souvent entre eux.

I. *Hypertrophie du cœur.* — Cet état anormal du cœur avait été observé dès long-temps, et à tous les degrés auxquels il puisse se présenter; mais quoiqu'on eût bien vu qu'il pouvait être exempt de toute autre altération pathologique (1), la théorie de sa formation n'était pas encore arrêtée. Bichat émit sur la nature de la maladie, des idées fort justes, dont M. Bouillaud a eu tort de faire honneur à un anglais (2). Il est, dit ce grand anatomiste, pour les muscles organiques, un mode d'extensibilité tout particulier : c'est celui du cœur dans les anévrysmes, de la matrice dans la grossesse. Le premier prend, par exemple, un volume double, triple même quelquefois dans sa partie gauche, et cependant il croît en même temps en épaisseur. Ce volume n'est pas dû à une distension; mais bien à un accroissement contre nature : le cœur anévrysmatique est au cœur ordinaire ce que celui-ci est au cœur de l'enfant; c'est la nutrition qui a fait la différence, et non la distension : car toutes les fois que celle-ci agit, elle diminue en épaisseur ce qu'elle augmente en étendue; il n'y a pas addition de substance. D'ailleurs la marche lente de la formation de l'anévrysme prouve bien que c'est une nutrition contre-nature qui a présidé à cet accroissement du cœur. Vous auriez beau vider alors cet organe

(1) Baillie, *anat. pathol.*, p, 40.
(2) *Anat. gén.*, *systême muscul. de la vie organique.*

du sang qu'il contient, il ne reviendrait point sur lui-même, et ne reprendrait point ses dimensions. D'ailleurs le cœur anévrysmatique n'a souvent point de cause qui le distende, car communément dans ce cas les valvules mitrales laissent un libre passage au sang; tandis que lorsqu'elles sont ossifiées, le ventricule reste souvent dans l'état naturel.

Cette dernière remarque est importante, car elle contient les fondemens d'une doctrine moins mécanique et plus généralement vraie que celle que Corvisart a donnée de ce qu'il appelait les anévrysmes actifs du cœur (1). Suivant lui, cet état suppose toujours un obstacle quelconque au mouvement progressif du sang, qui doit nécessairement réagir sur l'agent de son impulsion. Le premier effet de cette réaction doit être de déterminer l'extension, l'alongement des fibres du cœur; le second, d'occasionner le séjour plus prolongé du sang dans les cavités de cet organe, et par conséquent, l'impression plus prolongée aussi de son stimulus; enfin, les artères coronaires, ainsi que les capillaires du cœur, restant dans un état d'engorgement permanent, doivent fournir plus de fluide nourrissant à la substance charnue de cet organe, d'où, sans doute, l'augmentation de son énergie vitale; de-là aussi la dilation des cavités, l'alongement des fibres, l'épaississement de leurs faisceaux, la consistance plus grande des parois, l'action plus vigoureuse de l'organe (2).

Cette doctrine est fort bien déduite assurément; mais par malheur les bases en sont fausses. L'anatomie pathologique a démontré que la condition primitive et essentielle d'où

(1) Cette doctrine est aussi celle de la plupart des écrivains antérieurs à Corvisart.

(2) *Essai sur les lésions organiques du cœur*, p. 68.

Corvisart fait tout dépendre, l'obstacle au cours du sang, peut ne pas exister (1). Des observations nombreuses, celles de M. Andral (2) en particulier, ont prouvé qu'une irritation directe, long-temps fixée sur le cœur, peut déterminer l'hypertrophie. Enfin, dans l'opinion de Corvisart, l'idée d'anévrysme actif entraîne nécessairement celle d'augmentation de la force et de l'énergie du cœur; or, il s'en faut bien, comme l'ont démontré Portal, Bell (3), Testa, Kreysig, que cette augmentation soit constante. L'expression d'hypertrophie du cœur ne doit s'entendre, suivant Bell, que dans un sens un peu restreint. Nous ne sommes point autorisés à admettre que le volume des fibres musculaires soit toujours augmenté. Sous l'influence d'un exercice actif, les muscles prennent, il est vrai, un accroissement remarquable de volume et d'énergie; mais l'épaississement des parois du cœur anormalement développées, paraît être un effet de l'inflammation passée à l'état chronique, et dépendre d'un dépôt de lymphe coagulable dans l'interstice des fibres musculaires. Ce fut à la même époque où Bell s'exprimait de la sorte (1811), et où Testa publiait des opinions à-peu-près semblables (*Malatt. del Cuor*, t. III, p. 279), que Bertin soumit au jugement de l'Académie des sciences des idées analogues (4). On n'avait encore, en France, que faiblement distingué l'épaississement du cœur d'avec la dilatation de ses parois, et de l'augmentation de ses cavités désignée sous le nom d'anévrysme. On ne semblait pas avoir aperçu les différences qui exis-

---

(1) Laennec, *auscult. médiate*. T. II, p. 256.

(2) *Clinique médicale*, et *Précis d'anat. pathol.*, tom. II, p. 296.

(3) *Anat.* 1811.

(4) Ce qu'il y avait de neuf dans les travaux et les recherches de M. Bertin présentés à l'Académie, fut exposé par les rapporteurs de cette société savante.

tent entre l'augmentation simple de nutrition des parois musculaires du cœur, et les vices ou les altérations plus ou moins profondes que peut présenter cette nutrition; Bertin détermina les caractères précis de ces divers états, et prouva surtout, que, loin d'acquérir toujours une activité proportionnée à l'accroissement de son volume, le cœur pouvait, au contraire, s'affaiblir dans la même proportion.

Pour toutes ces distinctions, Kreysig a sur Bertin l'avantage de la priorité de publication. Mais il est évident que ces deux auteurs n'ont rien pu s'emprunter l'un à l'autre.

Laennec ne s'est occupé de l'hypertrophie du cœur que sous le point de vue de l'anatomie purement descriptive, et sous celui du diagnostic; mais sous ces deux rapports il serait difficile d'ajouter beaucoup à l'exactitude de ses observations. Il ne nous reste plus qu'à signaler les remarques de M. Andral (1) sur l'hypertrophie de quelques faisceaux fibreux placés dans divers points du cœur, et que leur ténuité laisse à peine apercevoir dans l'état naturel. Au pourtour des orifices du cœur, cette espèce d'hypertrophie peut les déformer ou les rétrécir; dans l'épaisseur des valvules elle les épaissit et gêne le libre passage du sang. Hypertrophié à un certain degré, il arrive souvent que ce tissu fibreux change de nature; ses fibres disparaissent, et il ne représente plus qu'une masse homogène qui ressemble à du cartilage.

II. *Atrophie du cœur.* — L'atrophie de la substance musculaire, ou amincissement des parois du cœur, sans dilatation des cavités de cet organe, est une maladie assez rare. Les observations qu'on en possède sont dues à des médecins antérieurs à l'époque

(1) Andral, *Précis d'anat. pathol.*, T. II, p. 286.

qui nous occupe, et ne peuvent trouver place ici. Les seules que nous devions indiquer sont celles de Burns, sur la petitesse congénitale du cœur, qu'il considère comme une cause de phthisie pulmonaire, de Testa, qui pense que le plus souvent l'atrophie du cœur est un effet indirect de l'inflammation, et celles de Laennec et de MM. Bertin, Bouillaud et Andral. Laennec parle de la diminution du volume du cœur produite par l'application de la méthode de Valsalva au traitement de l'anévrysme, et cite, parmi trois cas de guérison, un fait extrêmement remarquable. Une ancienne religieuse fut guérie d'un anévrysme du cœur, datant de plus de douze années, et arrivé à un état très avancé, par le traitement de Valsalva appliqué avec constance pendant plus d'un an. Elle mourut deux ans après d'un *choléra-morbus*. Le cœur avait un volume notablement inférieur à celui du poing du sujet; il n'était pas plus gros que ne l'est ordinairement celui d'un enfant de douze ans bien constitué, quoique la malade fût d'une haute stature (environ 5 pieds 3 pouces.) Son aspect extérieur rappelait tout-à-fait l'idée d'une pomme ridée. Ces rides étaient dirigées surtout dans le sens de la longueur. Les parois des ventricules étaient flasques, mais sans ramollissement notable; leur épaisseur était peu considérable et tout-à-fait proportionnée à l'ampleur des cavités (2).

MM. Bertin et Bouillaud ont publié depuis des observations analogues. Ils ont de plus signalé comme une cause d'atrophie la compression exercée sur le cœur par quelque production morbide solide ou liquide développée autour de cet organe. Les caractères anatomiques de la

(1) *Malatt. del cuore*, T. III, p. 355.
(2) *Auscult. méd.* T. II, p. 293.

maladie sont faciles à prévoir. Lorsque l'atrophie du cœur est portée à un certain degré, ses parois sont réduites à n'être plus que des membranes minces, où se découvrent à peine quelques traces de fibres charnues; presque partout le péricarde se trouve en contact avec la membrane interne du cœur. La graisse qui existe toujours autour de cet organe est alors le plus souvent augmentée, et on voit sa sécrétion devenir plus active à mesure que s'atrophient les fibres musculaires (1). M. Andral a signalé un état du cœur, non encore étudié, auquel il donne le nom d'anémie. Cet état, caractérisé par une décoloration remarquable du tissu de l'organe, accompagne le plus souvent l'atrophie, mais peut exister isolé. On l'observe dans quelques hydropisies, et dans ces cas, on dirait, à en juger par l'aspect du cœur, qu'il a long-temps macéré dans l'eau (2).

III. *Dilatation des cavités du cœur.* — Après avoir étudié l'hypertrophie et l'atrophie du cœur, élémens primitifs de la plupart des changemens de forme que peut présenter cet organe, nous ne nous étendrons point longuement sur la dilatation de ses diverses cavités, soit seule, soit unie à l'hypertrophie ou à l'amincissement de leurs parois. Grâce aux travaux de Corvisart, de Dundas, de Burns, Testa, Kreysig, Laennec, Bertin et Bouillaud, Andral, Louis, le diagnostic de ces maladies et leur connaissance anatomique ont fait des progrès remarquables; mais, sous ce dernier rapport, dans quels détails ne serions-nous pas obligé d'entrer pour donner, des lésions dont il s'agit, une idée plus complète que celle qu'en exprime la simple dénomination, et pour séparer, dans l'histoire des progrès qu'a faits cette partie de la médecine pratique,

---

(1) Andral. *Précis d'anat. pathol.* T. II, p. 28.

(2) *Précis d'anat. pathol.* T. II, p. 281; et *Clinique méd.*

ce qui se rapporte à un point de vue particulier, qui n'a pas été envisagé isolément. Nous noterons seulement, comme un des objets qui frappent le plus, parmi ceux qui doivent influer sur la thérapeutique, les travaux relatifs à la détermination de la cause immédiate ou prochaine de la dilatation du cœur, c'est-à-dire de la nature de la maladie. Nous avons exposé plus haut la théorie à-peu-près toute mécanique qu'en avait donnée Corvisart; nous avons indiqué en même temps quelques-unes des observations qui la renversent. Des faits multipliés, qui paraissent assez concluans, tendent à prouver que la dilatation des cavités du cœur, avec amincissement ou épaississement de leurs parois, est un effet plus ou moins prochain, un résultat plus ou moins indirect de l'inflammation. Tels sont ceux qui furent communiqués, vers 1806, à la Société de Médecine et de Chirurgie de Londres, par David Dundas (1), l'observation rapportée par J. P. Frank, d'un malfaiteur chez lequel la membrane interne de toutes les artères et les veines de la poitrine étaient enflammées, en même temps qu'existait une dilatation du cœur (2), celles de Pulteney, Ferriar, G. Hunter, Ozan et Marcet, citées par Kreysig, celles qu'ont rapportées Testa (3), Bertin et Bouillaud, et un grand nombre d'autres.

Toutefois, ce point de pathologie est du nombre de ceux dont l'importance réclame de nouvelles recherches.

IV. *Changemens de consistance du cœur.* — Il ne s'agit point dans ce paragraphe des dégénérations diverses qui peuvent donner à quelques parties du cœur la dureté des

---

(1) *Transactions médico-chirurg.*, publiées par la Société médico-chirurg. de Londres, en 1809. Trad. de l'angl. par J L. Deschamps fils. T. I, p. 43, Paris, 1811. in-8. Dundas a toujours vu des adhérences plus ou moins nombreuses entre le cœur et le péricarde.

(2) *De curandis hominum morbis epitome.* T. II, p. 173.

(3) *Op. cit.* L. III, cap. XV.

espèces de ramollissement. L'un se présente avec une couleur tout-à-fait violette; un autre est d'une teinte jaunâtre assez analogue à celle des feuilles mortes les plus pâles; le troisième est d'une pâleur blanchâtre, et n'est jamais porté à tel point que la substance du cœur devienne friable. Celui qui altère le plus cette substance est le premier. C'est celui que Laennec a trouvé à la suite des *fièvres adynamiques*, chez *tous* les sujets qu'il a examinés avec soin, celui dont M. Andral, M. Louis, M. Barbier et beaucoup d'autres ont constaté souvent l'existence dans les mêmes cas.

V. *Anévrysmes ou dilatations partielles du cœur.* —Avant la publication du savant mémoire de M. Breschet sur l'anévrysme faux consécutif du cœur (1), cette espèce de lésion était bien peu connue. Les nombreuses observations rassemblées dans ce travail, et les considérations qui les accompagnent, ont mis ce sujet en mesure de figurer désormais dans les traités généraux de médecine. Il tient surtout une place intéressante dans l'anatomie pathologique, et nous devons nous y arrêter un instant.

Il ne paraît pas qu'on possède d'observation d'*anévrysme* du cœur plus ancienne que le cas énoncé plutôt que décrit par Puerarius (2). Cet auteur parle d'une rup-

---

que qu'il peut être bon de rappeler, dans un moment où de nouveaux *humoristes* pourraient être tentés d'expliquer le ramollissement du cœur dans les fièvres graves, par l'impression que fait sur ce viscère le sang profondément altéré. « Le relâchement du cœur paraît quelquefois beaucoup plus grand dans le ventricule gauche et dans la partie la plus épaisse de ses parois qu'à sa pointe, et quelquefois ce relâchement se borne au ventricule gauche; ce qui pourrait faire croire que la cause de ce ramollissement réside dans le fibres musculaires même, et n'est nullement l'effet simple du contact du sang sur les parois internes du cœur. »

(1) *Répert. gen. d'anat. et de physiol. pathol.* T. III, p. 183.

(2) *In Burneti Thesaur. med. pract.*

ture de la veine cave. La cause de cet accident était, dit-il, une tumeur creuse située à la partie supérieure de l'oreillette, d'un volume un peu moindre que celui du cœur, d'une figure ovoïde, et remplie de sang fibrineux et noir. Cette description est bien incomplète, et la position de la tumeur pourrait peut-être faire élever quelque doute sur la nature de la maladie ; en ce cas Walter, le père, serait le premier à qui l'on dut la connaissance d'un fait incontestable d'anévrysme du cœur (1). Ce cas avait été observé, en 1759, par Büttner, professeur d'anatomie à Kœnisberg. Voici la courte description que Walter en a donnée : « En examinant ce cœur plus attentivement, on trouve que le ventricule postérieur est fort mince, et composé de fibres musculeuses relâchées. La pointe en particulier s'étend et forme un large sac. » A en juger par la planche qui accompagne cette description, la tumeur avait plus de la moitié du volume d'un ventricule. Baillie (2), qui en a observé et publié un exemple, assigne pour caractère à la maladie, de consister dans le développement d'une des parties du cœur en une sorte de kyste qui est ordinairement plus ou moins rempli par du sang coagulé.

Sur un nègre de 27 ans, entré à la Charité la veille de sa mort qu'amena une violente hémorrhagie nasale, Corvisart rencontra une tumeur creuse, à parois comme cartilagineuses, surmontant la partie supérieure du ventricule gauche du cœur, avec lequel elle communiquait par une ouverture étroite, et qu'elle dépassait beaucoup en grosseur. L'intérieur de la tumeur était tapissé par des couches fibreuses toutes pareilles à celles qu'on trouve dans les anévrysmes des artères. Les valvules mitrales

---

(1) *Nouv. mémoires de l'Académie de Berlin.* 1785.

(2) *Anatomie pathol.*

étaient épaissies et ossifiées. Le sujet n'avait jamais présenté aucun symptôme d'une affection quelconque du cœur. Le même fait avait déjà été publié en 1797, avec quelque différence dans les termes, et peut-être plus d'exactitude et de précision dans la description anatomique de quelques particularités, par Moricheau Beauchamp (1). Corvisart assimile complètement le cas qu'il vient de décrire aux anévrysmes des artères; et il paraît incliner à penser que, après une rupture accidentelle incomplète des parois musculeuses intérieures du cœur, les couches extérieures, demeurées intactes, se sont laissé distendre, et ont formé une tumeur qui a augmenté progressivement.

Dès là se trouve marquée une division qui règne encore aujourd'hui sur le véritable siège et le mécanisme de la formation des anévrysmes du cœur. Walter ne parle que de *fibres relachées* et formant un sac; Corvisart suppose que dans l'anévrysme observé par lui il avait pu y avoir dès l'origine rupture des fibres intérieures, et en tout cas, il paraît au moins que la destruction de ces fibres existait à l'époque de la mort du sujet. Baillie avait mis en doute la possibilité de l'anévrysme vrai du cœur, c'est-à-dire de la dilatation sans rupture; mais J. F. Meckel, dans sa dissertation inaugurale (2), rapporta un exemple de cette espèce; et dès-lors l'un et l'autre cas auraient dû être également admis.

La rareté des occasions d'observer la maladie dut en faire négliger l'étude.

---

(1) *Recueil périod. de la Soc. de méd. de Paris*, T. V. p. 292.

(2) *De cordis conditionibus abnormibus*. Halle, 1802, in-4.° Voy. *Comm. Lips*, V. 37, p. 547. Meckel rapporte en outre un cas d'anévrysme du cœur, suite d'une ulcération de la surface intérieure de ce viscère.

Jusqu'à Kreysig, nous ne trouvons à indiquer ni aucun fait ni aucune remarque nouvelle. Dans un chapitre relatif aux tumeurs cystiques du cœur, Kreysig (1) rapporte, d'après Lieutaud, deux observations de tumeurs formant saillie à la surface du cœur, dans l'une desquelles on trouva une *humeur putride*, et dont l'autre contenait une substance semblable à de la lie de vin, et il suppose qu'il pourrait bien être question d'*anévrysmes vrais* du cœur, en prenant cette dénomination dans le sens qu'y attache Scarpa (2) ; quant à la première de ces observations, je ne saurais adopter ni rejetter la supposition de Kreysig, parce que Lieutaud rapporte le fait d'une manière beaucoup trop incomplète pour qu'il soit possible de se faire une idée de la maladie (3), et qu'il n'indique la source d'où il l'a tiré que par un nom inconnu dans la littérature médicale (Lamont). Je serai plus hardi à l'égard de l'autre observation, et je me permettrai d'affirmer que ce n'est point un anévrysme du cœur. Lieutaud l'a encore abrégée, quoiqu'elle ne fût pas déjà trop complète, et il dit l'avoir tirée des Ephémérides des curieux de la nature. C'est une erreur ; il l'a prise probablement dans le *Sepulchretum* de Bonet, mais elle vient

---

(1) *Op. cit.* T. 4, p. 134.

(2) C'est par inadvertance que M. Breschet a cru que Kreysig étendait cette supposition à un fait cité par lui immédiatement auparavant, d'après Morgagni. Mais cette observation n'est rapportée que comme un exemple de tumeur enkystée ; et il ne saurait y avoir de doute à cet égard, puisque Morgagni après avoir décrit les deux tuniques qui constituaient la tumeur, ajoute : *quam ego tunicam* (la plus extérieure) *dum a circumjectâ carne separarem, hanc sanam reperi tum circumcircà, tum quà tuberculum inter et ventriculi cavum intercedebat ; neque enim illud ultra dimidium crassitudinis ejus in quo creverat parietis se multum extendebat. De sed. et caus., etc. Epist.* XXI, n. 4.

(3) Cependant il qualifie la tumeur de squirrheuse ; ce qui semblerait devoir éloigner l'idée d'anévrysme.

d'une autre source. Elle avait été publiée d'abord dans le journal de N. Blegny (*Nouvelles Découvertes sur toutes les parties de la médecine*). Cette origine est un peu suspecte, et l'observation porte en elle-même quelques caractères qui ne le sont pas moins. Il s'agit d'un individu qui, après avoir fait usage de *pilules mercurielles*, mourut d'une *difficulté de respirer*. On trouva sur la base du cœur, plusieurs tumeurs, dont une avait le volume d'un œuf de pigeon. Leur surface était lisse et polie, leurs parois formées par la membrane externe du cœur sans aucunes fibres charnues, leurs cavités remplies d'une matière molle, de couleur et de consistance assez semblables à celles de la lie de vin la plus épaisse. *On y remarquait un grand nombre de corpuscules blancs, brillans et métalliques, que tous les assistans reconnurent pour des particules de mercure ! !* (1) Dans deux autres endroits de son ouvrage, Kreysig revient sur ce sujet (2), il rapporte les observations de Corvisart et de Puerarius, et appelle sur une matière encore trop peu connue, l'attention des observateurs.

Cet appel ne fut point entendu, et nous ne trouvons rien, dans un espace de plus de dix années, qui se rapporte à l'objet qui nous occupe. Enfin parut le mémoire de M. Breschet. On y trouve sept observations nouvelles, dont deux, appartenant à M. Bérard, avaient déjà paru dans la thèse de ce médecin; deux autres, communiquées par M. Dance et M. Cruveilhier, voyaient le jour pour la première fois; une autre, recueillie par

(1) La discussion à laquelle nous venons de nous livrer n'est point oiseuse, car ce même fait a été cité par Corvisart, pour un cas d'anévrysme, par MM. Bayle et Andral comme un exemple de cancer, il l'a été ailleurs comme un cas de fongus, et toujours parce qu'on avait négligé de le prendre à la source d'où Lieutaud l'avait tiré.

(2) *Op. cit.*, T. IV, p. 152, 361.

M. Breschet, avait pour sujet le plus illustre des tragédiens modernes. Dans l'histoire générale qu'il trace de la maladie, M. Breschet établit qu'elle paraît appartenir plus particulièrement au ventricule gauche, que son siége le plus ordinaire est la pointe du cœur, et que le mécanisme de sa formation est le même que pour l'anévrysme faux consécutif des artères, dans le sens que Scarpa attache à ce mot, c'est-à-dire anévrysme par rupture des tuniques interne et moyenne. Ces conclusions sont justes, si l'on ne veut pas les étendre au-delà des limites dans lesquelles a sans doute voulu les renfermer leur auteur; mais on les fausserait si on voulait leur donner plus d'extension qu'elles n'en ont, ou une valeur absolue qui n'est pas dans les faits. Ainsi, l'observation de Corvisart, celle de Meckel indiquée ci-dessus en note, et plusieurs autres, démontrent que l'anévrysme peut exister ailleurs qu'à la pointe du cœur; l'observation de Walter, mais surtout celle de Meckel, dont nous avons parlé plus haut, et un cas de double anévrysme, publié récemment par M. Reynaud (1), établissent que l'anévrysme du cœur peut ne consister qu'en une simple dilatation partielle de cet organe, sans aucune rupture de sa membrane interne; enfin, si, dans l'observation qui va suivre, l'altération qui a précédé la rupture de l'oreillette gauche était une dilatation partielle et non une simple ulcération, comme il est assez probable; il en résulterait que le ventricule gauche du cœur n'est pas seul susceptible d'anévrysme, quoiqu'il y soit infiniment plus sujet qu'aucune autre cavité de cet organe. L'observation dont nous parlons fait partie d'un mémoire inséré par Penada dans une collec-

(1) *Journ. hebd. de Méd.*, N.° 22. L'observation est accompagnée d'une bonne planche.

tion académique peu commune en France, et par conséquent peu connue, quoiqu'elle soit très-digne de l'être. Voici cette observation :

Étienne Bacalaro, natif de Padoue, d'une constitution *demi-cachectique*, maigre, très-coloré, était, suivant le témoignage de ses domestiques, grand mangeur et buveur. Il avait éprouvé, à diverses époques de sa vie, des fièvres intermittentes rebelles. Les devoirs de son état (il était surintendant des travaux pour la réparation des routes publiques) l'obligeaient à des fatigues continuelles, à de longs voyages qu'il faisait à pied, pendant les plus fortes chaleurs, comme dans les froids les plus rigoureux, buvant souvent du vin avec excès. Depuis plusieurs mois, il se plaignait d'éprouver des palpitations de cœur, avec gêne de la respiration, accompagnées d'un état de faiblesse qui le rendait impropre au pénible exercice de son état. Il ressentait en outre un poids incommode et constant, un tiraillement douloureux, une sorte de déchirement à la région dorsale, entre les deux omoplates. Suivant la coutume des buveurs, il prit de larges doses de vin et quelques tasses de bouillon, et se crut soulagé. Le 9 février 1799, vers dix heures du matin, ayant sauté du lit, comme il levait les mains pour rajuster sa chemise, il tombe à la renverse, et meurt au moment même. L'autopsie fut faite le lendemain, en présence de Penada. A l'ouverture du thorax, on vit le péricarde fortement distendu; il était rempli de sang, au milieu duquel était plongé le cœur. Ce viscère, après qu'on l'eut nettoyé, ne présenta à sa partie antérieure aucune apparence de lésion; mais quand on examina sa face postérieure, on vit, à l'endroit qui sépare les embouchures des quatre veines pulmonaires, une déchirure de l'oreillette gauche. La déchirure avait une forme circulaire irrégulière, un peu

déprimée sur les côtés. L'ouverture avait environ dix lignes de diamètre; les bords en étaient inégaux et frangés, le pourtour moins consistant que dans l'état naturel. Tout le reste du cœur était exempt d'altération (1). Penada pense, et l'histoire de la maladie rend son opinion fort probable, qu'avant la rupture de l'oreillette, il existait en cet endroit une dilatation, ou *varice*, comme il la nomme. Il convient cependant que l'examen anatomique ne suffisait pas pour affirmer que ce n'eût pas été une simple ulcération, et paraît conserver quelques doutes à cet égard. Nous ne serons pas, on l'imagine bien, plus affirmatif que lui; mais de quelque espèce que soit le cas dont il s'agit, il n'en est pas moins fort curieux. L'auteur l'a fait représenter par une bonne planche.

VI. *Ruptures du cœur.* — L'analogie du sujet nous conduit à parler des ruptures du cœur. Quoiqu'on en ait dit, dans plusieurs mémoires imprimés il y a peu d'années, ces ruptures ne sont pas fort rares. Le nombre des observations authentiques qu'on en possède est considérable. Senac, Morgagni, Haller, Lieutaud, Vicq-d'Azyr en ont rapporté (2), et, dans ces derniers temps, on en a recueilli d'assez nombreux exemples.

Quoiqu'on ait beaucoup fait pour l'histoire anatomique des ruptures du cœur, ceux qui ont jeté sur divers points de ce sujet le plus de lumière, ne l'ayant étudié que d'après les cas qui s'étaient présentés à leur observation, il

(1) *Memorie di matematica e di fisica della Società italiana delle Scienze*, t. XI, p. 545.

(2) J. Salzman en a rapporté un assez grand nombre dans la dissertation suivante : *De subitaneâ morte a sanguine in pericardium effuso. Resp. Joh. Gœritz.* Strasbourg, 1731, et dans la collect. de Haller. T. II, p. 583.

s'est élevé, et il règne entre eux beaucoup de dissidences. L'un ne croit les ruptures possibles que quand les parois du cœur ont été amincies et presque perforées par une ulcération; d'autres veulent qu'elles aient subi ce ramollissement partiel et inégal qui s'établit dans tant d'organes par l'effet de l'inflammation, ou d'autres ramollissemens spéciaux, *gélatiniformes*, *apoplectiformes*; plusieurs refusent d'admettre les ruptures sans lésion antérieure de la texture du cœur; d'autres ne croient pas à la possibilité des ruptures par cause externe; et la plupart ne reconnaissent avec conviction que celles dont ils ont eu quelque exemple. On se serait mieux entendu si l'on eût étudié la matière historiquement, en même temps qu'on l'éclairait par ses propres recherches. Cette méthode aurait épargné bien des faux calculs sur les chances diverses des différentes parties du cœur à se déchirer, calculs dont il suffit d'aggrandir les bases pour voir changer tous les résultats. Nous rangerons les observations qui doivent entrer dans la revue que nous allons faire dans l'ordre suivant : rupture sans altération antérieure du tissu du cœur, dont on peut distinguer deux espèces, selon que c'est une violence extérieure qui la détermine, ou qu'elle survient spontanément ; — rupture consécutive au ramollissement, soit *apoplectiforme*, soit *gélatiniforme*; — rupture à la suite d'ulcérations.

Les ruptures par cause externe ont lieu, le plus souvent, dans les cavités droites du cœur. Nebel rapporte le cas d'un homme qui, étant tombé de dessus son cheval, se trouva engagé dans les rênes et fût traîné par ce fougueux animal à une assez grande distance. On ne trouva, à l'extérieur de la poitrine, aucune contusion, les côtes n'étaient point fracturées. Le péricarde était rempli de sang. Il y avait une rupture de la veine cave, près de son in-

sertion au cœur, et une autre de l'oreillette droite (1). Christ. Vater trouva une rupture du ventricule droit, à la pointe et près de la cloison du cœur, chez une femme qui avait été violemment renversée par une voiture. Il y avait une fracture de la clavicule et de plusieurs côtes, mais sans inflexion de ces os en dedans, et le péricarde, distendu par du sang, était parfaitement intact (2). C. G. Ludwig a publié une observation analogue. Un jeune homme robuste, âgé de 21 ans, voulant retenir par la queue un cheval qui s'échappait, reçut un violent coup de pied dans la poitrine, et fut renversé à plusieurs pieds en arrière. Il se releva cependant, enfonça son chapeau sur sa tête, fit plusieurs pas vers l'écurie et tomba mort. Les tégumens ne portaient aucune trace du coup qu'il avait reçu. Le sternum était fracturé transversalement à quatre pouces et demi au-dessus de l'appendice xyphoïde. Le fragment inférieur était déprimé. Il n'y avait, dans le médiastin, qu'une légère ecchymose, et nul épanchement de sang dans la poitrine. Le péricarde était rempli de sérosité jaunâtre et de sang coagulé, au point de refouler en haut les deux poumons. Le cœur était recouvert en totalité d'une couche de sang coagulé. On trouva, à la partie antérieure de l'oreillette droite, une rupture d'un demi pouce d'étendue. Il y avait en outre une rupture incomplète du pourtour de l'orifice auriculo-ventriculaire du même côté, et, enfin, une troisième fissure sur la cloison qui ferme le trou de Botal. Toutes ces lésions sont décrites avec soin et représentées par une bonne figure (3).

(1) *Acad. nat. cur.* Dec. III, an III. Obs. 82.

(2) *Acad. nat cur.* D. III, ann. IX, X. Obs. 164.

(3) *Adversaria medico-practica.* Vol. I, p. 134. La même observation avait déjà été publiée dans l'excellente dissertation de Dieteric Mummssen, *De Corde rupto*, Leipzick, 1764, in-4°.

En 1769, le 14 novembre, M. Chaussier fut chargé de faire la visite juridique du cadavre du nommé Etienne Grappin, laboureur de Saulon. Ce jeune homme, fort et vigoureux, conduisait une voiture chargée de pierres; ayant voulu s'asseoir sur un des chevaux, le pied lui glissa, il tomba, et la roue lui passa lentement sur la clavicule gauche, près du sternum, et continua son trajet obliquement sur le côté gauche de la poitrine : ce malheureux resta sur la place sans donner aucun signe de vie. Après avoir enlevé les tégumens et les muscles, M. Chaussier trouva l'articulation sternale de la clavicule relâchée, et, sur tout le côté gauche du thorax, une suite de fractures, doubles sur chaque côte, et dont la distance respective répondait à l'épaisseur de la roue, qui s'étendait obliquement de la partie antérieure à la partie postérieure. Les tégumens ne présentaient aucun vestige de contusion; il n'y avait pas une goutte de sang infiltré dans le tissu cellulaire; la plèvre était entière, le poumon sans altération; mais le péricarde était fort distendu, plein de sang coagulé, l'oreillette gauche était déchirée à sa base, près le ventricule, et le déchirement était si considérable, que l'on pouvait facilement porter par cette ouverture deux doigts dans le ventricule gauche (1).

Il paraissait évident à M. Chaussier que la rupture de l'oreillette gauche avait été déterminée par la pression exercée sur la crosse de l'aorte. Tandis que la roue cheminait lentement sur la poitrine, enfonçant sous son énorme poids la clavicule et les côtes, la crosse de l'aorte comprimée refusait le passage au sang; l'oreillette gauche

(1) Portal, *sur des morts subites*, etc. *Mém. de l'Acad. des Sc. de Paris*, 1784, p. 68.

devait en regorger; et les contractions du cœur augmentant par la résistance qu'il éprouvait, avaient déterminé la rupture dans l'endroit le plus faible de l'oreillette. C'est ainsi, ajoutait le savant physiologiste, qu'on voit la matrice se déchirer à son fond par la force de ses propres contractions, lorsqu'il existe à son col ou au bassin un obstacle assez puissant pour s'opposer à la sortie du fœtus. Chaussier fit, à la même époque, sur des animaux vivans, des expériences dont les résultats donnent un haut degré de probabilité à l'explication qui précède du mécanisme de cette rupture.

Il vit les cavités du cœur se dilater, se rompre presque dans l'instant, toutes les fois qu'il arrêtait la circulation dans les grosses artères. Si, sur un animal vivant, on serre, par une ligature, ou, ce qui est encore plus simple et plus commode, avec une pince, le tronc de l'aorte, le ventricule et l'oreillette gauches se déchirent; mais si on exerce cette pression sur l'artère pulmonaire, le ventricule, l'oreillette droite se distendent, se dilatent considérablement; les contractions du cœur redoublent, chaque fibre frémit et palpite, mais il ne s'opère point de rupture. Les résultats de ces expériences ne sont-ils pas propres à fournir des vues pour expliquer la rupture du cœur dans le cas suivant?

Cette observation est encore de Chaussier; elle est consignée dans le même mémoire que la précédente. En janvier 1771, un homme enfermé à la maison de force de Dijon, périt subitement dans une violente dispute qu'il eut avec un de ses camarades : son cadavre servit aux démonstrations publiques d'anatomie. Les parois du ventricule gauche du cœur étaient amincies, étendues, et il y avait à sa pointe une rupture oblongue d'environ un pouce. On trouva, près la crosse de l'aorte, une tumeur

de la grosseur du poing, d'une consistance presque cartilagineuse, qui enveloppait le tronc de l'artère, un peu au-dessous de la naissance des sous-clavières et carotides Cette tumeur avait tellement rétréci le diamètre de l'aorte, qu'à peine pouvait-on y passer l'extrémité du petit doigt.

Revenons aux ruptures produites par des violences extérieures. On trouve, dans le *Recueil des actes de la Société de santé de Lyon* (1), l'observation publiée par Fine, chirurgien en chef de l'hôpital général de Genève, d'une rupture du ventricule droit du cœur, produite par un coup de feu non pénétrant à la région xyphoïdienne. L'intégrité parfaite du péricarde ne permet pas de douter que la rupture n'ait été le résultat de la percussion médiate qu'avait éprouvée le cœur, dont la substance autour de la déchirure n'était d'ailleurs nullement altérée. Le tome XIV du journal de Hufeland contient un fait fort analogue à celui-là; et M. Worbe fit connaître, en 1814 (2), un nouveau cas de rupture du ventricule gauche produite par une cause tout-à-fait pareille à celle dont nous avons vu un exemple dans la première observation de Chaussier. MM. Rostan, Blaud, L. Rochoux, dont nous indiquerons plus loin les écrits, n'ont observé aucun exemple de rupture du cœur par violence extérieure : M. Andral ne parle de leur existence qu'en termes dubitatifs; j'ai cru ces motifs suffisans pour me décider à rapporter ceux qui précèdent.

Les ruptures survenues sans avoir été précédées d'aucun symptôme de maladie du cœur, et dans lesquelles le tissu de l'organe n'a présenté aucune apparence d'une

(1) *Recueil*, etc. Lyon, 1798, p. 200.
(2) *Bull. de la Soc. de la Fac. de Méd. de Paris*, t. IV, p. 146.

lésion antérieure, se placent ici naturellement. Nous n'en rapporterons qu'un exemple, nous bornant à indiquer les sources où l'on en peut trouver beaucoup d'autres.

Un savant, âgé de 46 ans, menant une vie sédentaire, d'une constitution robuste, et n'éprouvant d'autre indisposition que des digestions laborieuses qui lui causaient de temps à autre des symptômes hypochondriaques, fut pris tout-à-coup, au mois de novembre 1773, vers midi, d'une douleur violente de l'épaule, du bras et de tout le côté gauche du corps. Cette douleur diminua peu-à-peu, et permit au malade de se mettre à table et de dîner. Vers la fin du repas, le retour de la douleur, qui reprit avec plus de violence, l'obligea à se mettre au lit. Le pouls était petit, faible et lent. Les mouvemens du bras n'augmentaient point la douleur. Guil. God. Ploucquet crut reconnaître à ces caractères une douleur purement spasmodique. Il prescrivit des lavemens répétés, des médicamens antispasmodiques, des laxatifs légers, le tout envain. Le malade expira dans la nuit, environ quinze heures après l'invasion du mal. — *Autopsie.* L'extérieur du cadavre ne présentait rien de particulier. L'épiploon, très-court, recouvrait à peine la moitié du paquet intestinal. Les intestins grêles présentaient par places, et dans une grande étendue, les traces d'une inflammation légère. Le colon offrait par ci par là quelques rétrécissemens. A cela près, tout était sain dans l'abdomen. A l'ouverture de la poitrine, le péricarde se présenta fort distendu. Il s'en écoula, quand on l'ouvrit, plusieurs onces d'un sang noir et grumelé ; le ventricule gauche était déchiré. Les fibres qui avaient éprouvé la rupture, rapprochées les unes des autres, offraient l'aspect d'une plaie faite par une balle de mousquet. On pouvait facilement introduire l'extrémité de deux doigts, à travers la déchirure, jusques

dans la cavité ventriculaire. Du reste, la substance du cœur, loin d'être ulcérée ou amincie, était au contraire très-forte. (*Cæterum cor ipsum nequaquam adesum vel extenuatum, sed robustissimum erat.*) Les poumons étaient mous, de couleur cendrée, et ne présentaient nulle trace d'inflammation, de congestion ni d'engouement (1).

Quoiqu'on pût désirer quelques détails plus précis sur l'état de la substance du cœur, ce cas ne nous paraît pouvoir être rapporté qu'aux ruptures sans altération antérieure de cette substance. Tel était aussi le cas de la comtesse de Nevron (2), dont M. Portal a donné l'histoire dans le mémoire lu à l'Académie des sciences, que nous avons déjà cité; tel encore celui d'une autre malade, dont l'histoire, consignée dans le même mémoire, présente les particularités les plus curieuses. Si nous recherchions les faits qui offrent quelque singularité, nous pourrions rapporter ici (car c'est à cette classe qu'ils appartiennent) le cas de Bénédictine Henriette Philippe, comtesse palatine du Rhin, veuve de J. Frédéric de Brunswick, duc d'Hanovre, morte subitement, à l'âge de 78 ans, le 12 août 1730, à midi, sur sa chaise percée (3); celui de Georges II, roi d'Angleterre, mort, comme la duchesse de

(1) Guil. God. Ploucquet, *Nov. Act. acad. nat. curios.*, t. VI, p. 212.

(2) Cette dame éprouvait, il est vrai, long-temps avant l'accident, de la difficulté à respirer quand elle se livrait à quelque exercice fatigant, mais elle était d'un énorme embonpoint, et le tissu du cœur, enveloppé d'une épaisse couche de graisse, n'offrait aucune trace d'un état morbide quelconque, antérieur à la rupture.

(3) *Mercure de France*, août 1730, p. 1897. L'instant d'avant sa mort cette princesse paraissait en bonne santé, et se félicitait de son état.

Brunswick, d'une rupture du *ventricule droit* (1), et en remplissant les mêmes fonctions; celui d'un homme d'une condition bien différente du précédent, d'un soldat, qui, après avoir passé la nuit au bal, mourut d'un accident tout pareil en exerçant le coït (2); d'un autre qui périt de même subitement, écrasé, en quelque sorte, *sous* les caresses de sa femme, qui avait un prodigieux embonpoint (3); d'un homme distingué et *habitus formosioris et athletici*, qui mourut tout-à-coup *à côté* de sa femme, etc. (4). C'est encore au genre de rupture qui nous occupe qu'appartiennent les observations contenues dans le mémoire de M. Rostan (5); plusieurs de ces observations prouvent d'une manière irrésistible, comme le dit l'auteur, la possibilité de la rupture du cœur sans altération du tissu. Des médecins ont prétendu que le ventricule droit était plus exposé à se rompre que le ventricule gauche; nous pensons, avec M. Rostan, qu'ils n'avaient adopté cette opinion que d'après des considérations purement spéculatives; l'expérience paraît démontrer que la rupture sans lésion antérieure est plus commune dans le ventricule aortique. Mais est-ce plus souvent la pointe que la base ou le corps même de ce ventricule où l'on voit arriver ce terrible accident? La proportion numérique des exemples que nous connaissons de ces diverses ruptures ne le prouve point, et le raisonnement ne l'établit pas d'une manière bien solide, car ce n'est point par

---

(1) Morgagni a cru que c'était du ventricule gauche; c'est une erreur. Voy. *Transact. philos.* Vol. 52.

(2) Vater. *De Mort. subit. non vulgar. causs.*, p. 12.

(3) Voy. Mummssen, *op. cit.*

(4) Bohn, *De Renonciat. vuln.* Sect. I, p. 63.

(5) *Mémoire sur les ruptures du cœur*, nouv. journal de méd., chir. et pharm. 1820. T. VII, p. 265.

l'effet d'une distension passive, comme semble l'insinuer M. Rostan, que s'opère la rupture.

Je ne quitterai point le travail du médecin de la Salpétrière, sans parler de l'opinion émise par cet excellent observateur, que la rupture du cœur peut n'être pas nécessairement et immédiatement mortelle. Cette opinion n'est point le résultat d'une simple conjecture; une observation rapportée par M. Rostan paraît lui donner une assez grande probabilité (1).

Il est temps de passer à des ruptures d'un autre ordre; je veux parler de celles qui arrivent dans un cœur dont quelque lésion organique a déjà affaibli les parois.

Les dilatations avec amincissement, soit des oreillettes, soit des ventricules, portées au plus haut point que puisse permettre l'extensibilité de leur tissu, sont trop souvent suivies de ruptures, les observations publiées en sont trop nombreuses pour qu'il soit nécessaire de s'y arrêter.

La rupture des *anévrysmes faux* du cœur, ou pour mieux dire des *anévrysmes vrais*, c'est-à-dire, des dila-

(1) «.... Parvenu au tissu du cœur, on aperçut une rupture irrégulière et longue d'un pouce et demi : il était aisé de voir que cette ouverture était récente; mais au côté gauche de cette fissure, dans l'étendue de 5 ou 6 lignes dans tous les sens, la substance du cœur était détruite et remplacée par une concrétion fibrineuse, absolument semblable à celle qu'on rencontre dans les poches anévrysmales des gros vaisseaux, laquelle paraissait se confondre avec le tissu du cœur. D'ailleurs le ventricule était aminci dans cet endroit et épaissi partout ailleurs. » On peut rapprocher de ce fait le second de ceux que nous avons cités ci-dessus comme ayant été observés par M. Portal. J'ai la certitude d'avoir lu ailleurs l'exemple d'une perforation du cœur, dans laquelle il y avait un bouchon fibrineux consistant, qui en obstruait la cavité, mais je n'ai pu le retrouver dans mes notes, et j'ai perdu le souvenir de l'endroit où je l'avais rencontré.

tations partielles, doit être, comme on le pense bien, beaucoup plus rare encore que ces dilatations.

Les ruptures du cœur qui succèdent au ramollissement général ou partiel de cet organe, sont infiniment plus communes, et leur proportion à l'égard de toutes les autres est telle, que MM. Blaud, Rochoux, et beaucoup d'écrivains anciens, les ont regardées comme seules possibles. Les ruptures consécutives aux ulcérations du cœur sont peut-être presque aussi fréquentes. Les premières doivent être classées, comme nous l'avons déjà dit au commencement de cet article, en plusieurs espèces fort distinctes, car le ramollissement qui les précède est bien loin d'être identique dans tous les cas. La première espèce, decrite sous le nom de gangrène du cœur par les écrivains antérieurs à notre siècle, sous celui de ramollissement inflammatoire, par des auteurs plus modernes, et sous la dénomination d'apoplexie du cœur, par M. Cruveilhier, est la plus anciennement connue.

L'un des faits de ce genre les plus remarquables qu'on puisse citer, est celui qui fut communiqué à l'Académie royale des Sciences, par M. Portal, en 1770. La multiplicité des ruptures qui s'étaient opérées sans autre cause occasionnelle qu'un accès de colère, le rend infiniment curieux.

L'observation suivante n'est pas moins remarquable, soit par rapport à la cause immédiate de la mort, soit pour l'histoire de la maladie. Je la tire d'une dissertation qu'on ne connaît point, soutenue sous la présidence de Murray en 1785. Un militaire fort distingué fut pris tout-à-coup d'une douleur violente, aiguë, oppressive, occupant le milieu de la poitrine, et s'étendant jusqu'au bras; elle cessa subitement après que le malade eût bu un verre d'eau fraîche, reparut le même jour vers midi, mais pour ne durer qu'un instant. Aux approches de la nuit,

retour de la douleur, mais beaucoup plus intense, intolérable. Des carminatifs procurèrent quelque soulagement. Les jours suivans, nouveaux accès également violens : les douleurs, fixées principalement dans le côté gauche de la poitrine, ne dérangeaient, malgré leur violence, ni la respiration ni le pouls. Les évacuans, les carminatifs, les antispasmodiques, semblaient procurer quelque amendement. Cependant, au troisième jour, augmentation de l'oppression, des angoisses; expectoration sanguinolente. L'accélération du pouls et l'oppression déterminèrent à pratiquer la phlébotomie. Le sang coulait avec force, et il en était sorti quatre ou cinq onces, quand tout-à-coup le malade, qui jusque-là n'avait éprouvé nulle faiblesse, pâlit, tombe en syncope, et, après quelques inspirations répétées, rend le dernier soupir. A l'ouverture du cadavre, le péricarde, distendu et de couleur bleuâtre, montra dès l'abord que le cœur avait été déchiré par la violence du mal. Le péricarde ouvert, on vit le cœur plongé dans un amas de sang et de sérosité d'environ deux livres. Le ventricule gauche présentait une déchirure, de la longueur d'un pouce, entre le sommet du cœur et l'oreillette du même côté. Les bords en étaient inégaux : la substance du cœur, amincie dans le même trajet, était d'une couleur obscure, comme si elle eût été auparavant frappée de gangrène. Du reste, nulle autre altération dans le cœur ni dans les poumons. Ni le cœur, ni les gros vaisseaux, ne présentèrent rien qui eût pu mettre obstacle au cours du sang (1).

L'altération de la substance du cœur, *carnea cordis*

---

(1) Pet. Gustav. Tengmalm, *Diss. de rupturâ cordis*, *preside Adolphe Murray*. — *Upsal*, 1785, in-4.°

ubstantia multo tenuior quam solet, et obscuri coloris, veluti gangræna corruptum locum priùs occupasset, ne donne-t-elle pas à ce cas la plus grande analogie avec ceux que M. Cruveilhier désigne sous le nom d'apoplexie de cœur, et dont il vient de publier un exemple extrêmement remarquable (1)? La même réflexion s'applique au cas que nous rapportons en note (2). Nous n'irons pas plus loin sans faire remarquer que la cause déterminante de la mort, dans le cas précédent (la saignée), mérite toute l'attention du médecin; ce n'est point un événement fortuit; et une observation publiée, il y a peu d'années, dans le *Journal universel des Sciences médicales*, tome XXXV, par M. Carrier, et dans laquelle on voit aussi une rupture du cœur causée par la même opération, suffit bien, avec celle-là, pour éveiller la prudence du praticien.

Corvisart rapporte un cas de rupture du cœur de l'espèce de celles dont il est ici question. On en trouve encore plusieurs autres, dans une thèse intéressante soutenue à la Faculté de Paris, qui porte pour titre : *Des ruptures du cœur, et principalement de celles produites par le ramollissement de son tissu*, par Louis Rochoux.

La deuxième espèce de ramollissement, capable de cau-

(1) *Anat. pathol.*, fasc. IV.

(2) *Æger vivus conquestus est sub quovis breviori motu spirationis difficultatem, paullò ante mortem ventriculum inflatum, hinc pectus angustatum et suffocationis sensum, œdema pedum et asciten. Sectio ostendit in abdomine nullum liquorem, viscera integra, præter lienem tumidum et friabilem, vasa turgida, in pectore verò magnam pinguedinis molem, duplicaturam mediastini infarcientem et ad pericardium usque extentam, pericardium ipsum cruore plenum, cor omne tenui adipe veluti inunctum et in apice ventriculi anterioris fissum, præterea distentum, flaccum, tenue, præsertim in apice, atque adeò friabile ut pultis instar digitis comminui posset. Cæteræ partes erant integræ.* (*Comment. Lips.*)

ser la rupture du cœur, le ramollissement gélatiniforme, n'a guères été étudiée ici que par M. Blaud (1). Ce médecin a vu quatre fois la maladie qui nous occupe, et toujours chez des vieillards. L'autopsie lui a montré une dégénérescence remarquable dans la texture de l'organe central de la circulation. Les fibres de cet organe étaient ramollies, comme infiltrées d'une sérosité gélatineuse, facilement déchirables, friables même sous la pression des doigts. Cette dégénérescence gélatiniforme du cœur, affaiblissement organique sénile, n'est point, suivant M. Blaud, à proprement parler, une véritable affection morbide. Elle dépend immédiatement et inévitablement de la nature des fonctions du cœur, et il est peu de vieillards qui ne la présentent à un degré plus ou moins remarquable. En supposant que cette théorie de la cause prochaine de la maladie paraisse suffisamment claire, il resterait à en chercher une autre pour expliquer les cas où elle n'est point applicable, ceux, par exemple, de rupture du cœur chez des jeunes sujets, dont la possibilité est incontestable.

La science possède beaucoup d'observations de ruptures ou perforations du cœur à la suite d'ulcérations. Nous en avions rassemblé un bon nombre; mais pour ne pas donner une étendue démesurée à cet article, qui est déjà long, nous nous bornerons à indiquer les faits publiés par Laub (2), Langlade (3), Carcassonne (4),

---

(1) *Mémoire sur le Déchirement sénile du Cœur*. Biblioth. méd. 1820, T. LXVIII, p. 364.

(2) *Act. acad. nat. curios.*, vol. II, 1730, p. 47.

(3) *Journ. de Méd. et chir.*, *août* 1791.

(4) *Mém. de la Soc. roy. de Méd. pour* 1778.

Conradi (1), MM. Marjolin (2), H. Cloquet (3), Scoutetten (4) et Andral (5), et nous rapporterons le suivant qui est peu connu.

Le 17 juillet 1806, une femme de 64 ans, convalescente d'une fièvre continue qui avait cédé sans difficulté au traitement antiphlogistique, fut prise tout-à-coup, vers midi, d'une douleur excessivement violente, pongitive, presque intolérable, au milieu de la région sternale. Convulsions redoublées, sueurs froides, dyspnée, perte de la parole, impossibilité de la déglutition, somnolence. Brera, appelé pour lui porter des secours, la trouva les yeux fermés, le corps baigné d'une sueur froide, les extrémités glacées, quoique la température fût fort élevée et que le thermomètre marquât 26 degrés. Pouls irrégulier, fréquent et mou. Appelée à haute voix, la malade ouvrait les yeux, qui étaient mourans, troubles et immobiles. Elle faisait entendre qu'elle comprenait tout ce qu'on lui disait, et portait tantôt la main droite, tantôt la gauche, sur la partie moyenne du sternum, comme pour indiquer que son mal était là. Bientôt elle retombait en somnolence, et, au milieu même de cet état soporeux, elle ouvrait de temps en temps les yeux, s'agitait, poussait des soupirs pressés et interrompus, quelques gémissemens plaintifs, se pressait fortement le sternum, et retombait presque inanimée sur son lit. Brera reconnut à ces symptômes une maladie mortelle du cœur, sans en préciser

---

(1) *Anat. pathol.* On trouve dans cet ouvrage, tom. III, p. 217 de la trad. italienne, un exemple de destruction presque complète de la plus grande partie du cœur.

(2) *Bull. de la Soc. de la Fac. de Méd.*, 1805; *p.* 227.

(3) *Bull. de la Fac.*, etc., 1812.

(4) *Journ. univ. des Sc. méd.*

(5) *Anat. pathol.*

la nature. Outre les phénomènes qui viennent d'être exposés, il y en avait d'autres sur lesquels s'appuyait ce diagnostic. En appliquant la main sur la partie moyenne et latérale de la poitrine, de la troisième à la cinquième côte, on sentait les palpitations profondes et obscures, faibles et irrégulières du cœur, qui semblait se mouvoir comme s'il eût été enveloppé de toutes parts et comprimé par un corps élastique. A ces pulsations répondaient les battemens des radiales et des carotides. Brera se rappelait avoir été consulté par cette femme six ans auparavant pour quelques symptômes qui semblaient annoncer une maladie du cœur autre qu'un anévrysme; il apprit d'ailleurs qu'elle éprouvait souvent, depuis longtemps, des palpitations irrégulières, des convulsions syncopales, un peu d'engourdissement dans le bras gauche, et des variations fréquentes dans le pouls. Le traitement qu'on put employer fut de nul effet. Pendant le reste de la journée, point de changement. Vers le milieu de la nuit, pouls de plus en plus irrégulier, à peine sensible, perte complète du mouvement du bras gauche, convulsions générales, sueurs froides et abondantes, affaiblissesement des mouvemens du cœur, respiration courte, anxieuse; enfin, mort le 18 juillet, à une heure du matin.

Autopsie. — Le cerveau, examiné dans tous ses points, était parfaitement sain; les veines qui rampent à sa surface étaient vides de sang. La poitrine et l'abdomen, ouverts en même temps, présentèrent des particularités extrêmement remarquables. Le foie, d'un volume double de celui qui lui est naturel, occupait au moins la moitié de la région supérieure de l'abdomen, et était caché aux deux tiers sous la région sternale. Son lobe gauche, le plus volumineux, et dont le tissu résistait au scalpel autant que le cuir le plus dur, non-seulement refoulait le diaphragme en haut, mais avait aminci et désorganisé ce

muscle qui semblait plutôt lui former une enveloppe qu'une cloison entre les cavités thorachique et abdominale. Le péricarde, recouvert à moitié, comprimé par cette masse et déformé, avait remonté, en se dilatant, jusqu'à la première côte. Les poumons étaient d'une flaccidité remarquable, refoulés à la partie supérieure de la poitrine, et comprimés, mais d'ailleurs parfaitement sains. Le péricarde ayant été ouvert dans sa longueur, on en retira plus de trente onces de sang, en partie séreux, en partie coagulé, et mêlé par-ci par-là de stries de pus d'un jaune verdâtre. La capacité du péricarde égalait trois fois le volume du cœur. Ce dernier organe était à-peu-près dans sa position naturelle, si ce n'est que sa pointe était un peu dejetée à droite. Dans cette situation, cette partie adhérait au diaphragme et au lobe gauche du foie. Le cœur ayant été enlevé, on ne trouva que très-peu de sang dans les veines caves et dans l'oreillette droite. Le ventricule droit et ses vaisseaux étaient dans le meilleur état. Mais le ventricule gauche présentait à sa face antérieure, à un pouce et demi au-dessus de sa pointe, près de la cloison qui le sépare du droit, une déchirure nette, béante, verticale, d'un doigt et demi de long, et de trois ou quatre lignes de large à son milieu. En dedans, la rupture offrait des dentelures ramollies, noires et suppurées. La face interne du ventricule présentait tout autour de cette rupture, dans un rayon d'un doigt et demi, une ulcération qui avait détruit les colonnes charnues et les trousseaux musçulaires qui composent l'intérieur de ses parois. L'oreillette gauche, les valvules mitrale et semi-lunaire de l'aorte, la cloison inter-ventriculaire, les veines pulmonaires et l'aorte, ne présentaient rien d'anormal. *Valerian. Aloys. Brera, de extraordinariâ cordis ruptione. Observatio cum epicrisi. Sylloge opuscul. select.* vol. X, p. 202.

VII. *Dégénérations diverses du cœur.* — Contre l'opinion d'Aristote et de Pline, qui pensaient que la moindre lésion du cœur devait nécessairement arrêter le jeu de l'organisme, l'observation a fait voir que l'existence est compatible avec des altérations prodigieuses de l'organe central qui nous fait vivre. La plupart des dégénérations que le cœur peut subir furent découvertes par l'anatomie pathologique long-temps avant l'époque dont nous faisons l'histoire. Les remarques les plus importantes dont elles ont été l'objet sont parfaitement résumées dans l'*anatomie pathologique* de M. Andral; nous nous étendrons peu sur cet article, dont nous ne toucherons que quelques points.

La dégénération ossiforme du cœur n'est pas une lésion rare; mais elle doit être distinguée en plusieurs espèces qui sont loin d'être toutes également communes. M. Andral (1) en reconnaît trois, dont l'une a pour siége le tissu cellulaire qui unit entre eux les divers élémens anatomiques du cœur, la seconde envahit le tissu fibreux, et la troisième, la plus rare de toutes, transforme en substance calcaire les fibres musculaires elles-mêmes. Cette division, qui semble avoir été entrevue par God. Sam. Reinhold (2) et Germ. Ad. Crüwel (3), est parfaitement naturelle. Nous pourrions facilement citer une multitude de cas de la première espèce (4); c'est à celle-là que se rapportent la plupart des observations recueillies dans les

(1) *Anat. pathol.* T. II, p. 320.

(2) *Observ. de arteriâ coronariâ cordis instar ossis induratâ.* Vitemb. [illegible], in-4.

(3) *De cordis et vasorum osteogenesi in quadragenario observatâ.* *Halæ ad Salam*, 17[illegible], in-4.

(4) Voyez plusieurs observations de ce genre extrêmement remarquables dans le *Traité d'anat. pathol.* de Vicq-d'Azyr. *Encyclop. méthod. Dict. de méd.* T. II, p. 307.

Traités d'anatomie pathologique ou de médecine-pratique. Les ossifications du tissu fibreux se rencontrent dans les valvules et autour des orifices du cœur; mais les ossifications de cette espèce ne sont pas les seules qui puissent se former dans ces parties. Le nombre des observations qu'on en possède est encore extrêmement considérable; il suffit pour s'en convaincre de voir celles qui se trouvent indiquées dans Senac, Haller, Morgagni, Lieutaud, Vicq-d'Azyr et Voigtel. On peut citer comme un phénomène fort rare dans une ossification anormale, la carie qu'a observée M. Lullier, dans les valvules mitrales complètement ossifiées (1).

Un autre genre d'altération qu'il ne faut pas confondre avec le précédent, c'est la dégénération stalactiforme, ou pétrification du cœur. On l'a observée dans les valvules, et Malacarne en a fait l'objet d'un mémoire particulier (2); on l'a même vue, quoique beaucoup plus rarement, dans les parois et la substance même du cœur. Nous citerons de cette espèce de dégénération, le cas le plus remarquable qu'on en connaisse; on le doit à M. Renauldin, qui l'a publié dans le premier cahier du Journal de Corvisart, Leroux et Boyer, pour l'année 1806, où l'on peut voir les détails de la maladie (3). La substance du ventricule gauche était convertie en une véritable pétrification, qui avait une apparence sablonneuse en certains endroits, et ressemblait dans d'autres à une crystallisation saline. Les grains de cette espèce de sable, très-rapprochés les uns des autres, devenaient plus gros

(1) *Biblioth. méd.*, t. XVI, p. 163.

(2) *Discorso sulla litiasi delle valvule dell' cuore.* Turin, 1787. V. *Giornale per servire alla storia ragionata della medicina di questo secolo.* T. VI, p. 154, et *Comment. Lips.*, t. XXXV.

(3) *Mém. sur le diagnostic de quelques maladies du cœur.* Journal cité, T. XI, p. 254.

à mesure qu'il s'éloignaient de la superficie du ventricule, ensorte qu'ils se continuaient intérieurement avec les colonnes charnues. Ces dernières, aussi pétrifiées, sans avoir changé de forme, avait acquis un volume considérable ; plusieurs égalaient la grosseur de l'extrémité du petit doigt, et avaient l'air de véritables stalactites placées dans différentes directions. L'épaisseur totale du même ventricule était très-augmentée.

Dans les *Annales générales de Médecine d'Altenbourg* (octobre 1811), le prosecteur Weber, de Salzbourg, rapporte avoir trouvé, chez un homme de 79 ans, le cœur en grande partie pétrifié. En palpant cet organe, qui était adhérent au péricarde, il lui sembla au premier abord sentir deux écailles d'huître, dont l'une située sur l'oreillette et le ventricule droits, l'autre sur le ventricule gauche, et s'étendant au-delà de sa base. La substance de l'oreillette droite était entièrement pétrifiée ; celle de l'oreillette gauche ne l'était qu'en partie. Le ventricule droit était converti presque en totalité en une masse pierreuse: l'extrémité la plus inférieure du cœur n'offrait aucune pétrification. On ne put recueillir, sur les phénomènes qu'avait présentés pendant sa vie le sujet de cette observation, que des renseignemens insuffisans (1).

Enfin, c'est encore à un autre genre d'altération qu'il faut rapporter l'exemple de la désorganisation du cœur la plus étonnante sans doute qui ait jamais été observée, et dont le docteur Fleisch a donné l'histoire dans les cahiers de mai et juillet 1811, des *Annales générales de médecine d'Altembourg* (2). Un homme de 32 ans, mort après cinq ou six mois d'une maladie dont les sym-

(1) *Biblioth. med.* T. XL, p. 250.

(2) On en trouve la traduction dans la *Bibliothèque médicale* de 1812, t. XXXVII, pag. 119 et 251.

ptômes ne donnèrent que dans les derniers temps quelque soupçon d'une affection organique du cœur, présenta à l'autopsie les choses suivantes : maigreur extrême de tout le corps, lequel, depuis le cou jusqu'aux genoux, paroît avoir été injecté; les veines sous-cutanées sont les unes bleues, les autres rouges. Bras droit œdématié. A l'ouverture du thorax, on remarque qu'il renferme quatre livres au moins d'un liquide incolore. Au milieu de la poitrine, un peu vers le côté droit, on aperçoit une masse blanche comme de la neige, épaisse, très-ferme, presque cartilagineuse, oblongue et ronde, ayant contracté des adhérences avec la plèvre et le sternum, recouverte du côté gauche par le poumon. On ne trouvait point le poumon droit; on ne l'aperçut, comprimé, très-rétréci, et adhérent en quelques endroits à la plèvre, qu'après avoir soulevé avec peine la masse du côté droit. Cette masse, extraite de la cavité thorachique, pèse au moins six livres; elle a sept à huit pouces de diamètre, et est très-difficile à inciser. Plusieurs de ses portions sont fort dures, et semblent approcher de l'état osseux. Cette masse blanche est le cœur; on reconnaît ses cavités, ses valvules, les orifices des gros vaisseaux; le tout est d'un blanc de neige et sans aucune trace de sang: seulement les valvules mitrales ont un aspect rougeâtre vers l'orifice ventriculo-aortique. Aucune dilatation des cavités du cœur et des gros vaisseaux; aucun polype. Point d'apparence de péricarde. La plus forte adhérence qu'eut contractée cette masse était avec la trachée-artère; elle en suivait le cours de bas en haut, pour aller se terminer derrière la clavicule droite. La tumeur qu'elle formait en cet endroit ressemblait à une grappe de raisin, et se perdait en plusieurs petits corps blanchâtres, qui devenaient de plus en plus rares et petits avant que de disparaître. La substance de la masse graisseuse et cartilagineuse for-

mant le cœur fut examinée avec soin ; on y trouva, comme dans la tumeur située derrière la clavicule, des portions disposées en grappes plus ou moins grandes et plus ou moins dures. Le dedans de ces grappes était beaucoup plus dur que le dehors ; mais la couleur était la même. aucune d'elles ne contenait de cavité. C'est en vain qu'on fit les recherches les plus minutieuses pour découvrir les traces du péricarde : on disséqua la masse dans tous les sens; mais on n'aperçut aucun vestige de la substance musculaire du cœur, si ce n'est aux valvules mitrales, ainsi qu'il a déjà été dit, encore commençaient-elles à contenir quelques points blancs semblables à la substance de la tumeur.

(*La suite à un prochain Numéro.*)

Observation et expériences pour servir à l'histoire médico-légale de l'empoisonnement pa l'acide nitrique ; par le docteur Ollivier *(d'Angers), et* Chevallier, *pharmacien.*

De tous les empoisonnemens par les acides minéraux, il n'en est aucun dont les exemples soient plus multipliés que celui qui est dû à l'acide nitrique; aussi l'histoire toxicologique de cet acide est-elle parfaitement connue depuis long-temps. Cependant les circonstances très-diverses qui peuvent accompagner l'empoisonnement font quelquefois naître des questions pour la solution desquelles il faut recourir à des recherches particulières. C'est ce qui eut lieu dans une affaire très-grave portée devant la Cour d'assises de Paris, au mois de mars dernier. Le nommé Groubel, convaincu de bigamie, était en même temps prévenu de tentative d'empoisonnement,

et d'homicide volontaire sur la personne de Georgette Chaumet, sa première femme. Il résultait positivement des débats que, le 22 octobre 1828, Groubel était resté toute la soirée à Boulogne, près Paris, avec sa femme; qu'il l'avait plongée dans un état d'ivresse complète. Cette femme, livrée au libertinage, était fréquemment prise de vin. Sur les huit heures et demi du soir, on avait vu Groubel et sa femme se diriger ensemble vers le bois de Boulogne, et le lendemain matin, 23 octobre, on avait trouvé le cadavre de cette malheureuse gissant sur le bord de la route. Le ministère public ayant été instruit aussitôt de cette affaire, je fus chargé par M. le juge d'instruction d'aller au village de Boulogne, afin de procéder à l'ouverture du cadavre, et indiquer la cause de la mort. Je ne reproduirai pas ici tous les détails que j'exposai dans mon procès-verbal, mon but étant de fixer l'attention sur les seuls points qui m'ont paru présenter quelque importance sous le rapport de l'empoisonnement par l'acide nitrique.

Le cadavre, qu'on avait transporté sans précautions dans une remise voisine de la mairie du village de Boulogne, était incomplètement recouvert de ses vêtemens; un mouchoir de mousseline sur lequel reposait la tête, et une camisole, étaient brûlés et tachés par une liqueur corrosive. La couleur rougeâtre de la camisole était jaunâtre dans les points tachés : le collet et la manche droite étaient les parties de ce vêtement les plus altérées. Au centre de la tache de la manche, on observait des mucosités sanguinolentes en partie desséchées, qui, selon toute apparence, s'étaient écoulées de la bouche lorsque la tête était appuyée sur ce bras, ainsi qu'on l'avait remarqué avant la levée du cadavre. Une jupe grise offrait trois taches jaunâtres semblables à celles de la camisole. Les vêtemens enlevés, je fis les observations suivantes : la

face était pâle, sans bouffissure, colorée dans une grande partie de sa surface, et surtout à droite, par une teinte jaune-citron, provenant d'un liquide qui s'était écoulé de la bouche, comme l'attestaient évidemment les traces qui existaient aux deux commissures des lèvres. Les cheveux, d'un blond foncé, contrastaient par leur couleur avec celle de plusieurs mèches du côté droit, qui offraient une coloration jaune semblable à celle de la face. A la partie latérale gauche et postérieure du cou, escarrhe superficielle de la peau légèrement grisâtre, entourée de quelques excoriations rougeâtres : l'escarrhe correspond à la partie du collet de la camisole qui offrait les taches jaunes. Paupières fermées; globe de l'œil sans injection notable; pupilles avec dilatation moyenne; excoriations de la peau sur divers points du front; plusieurs autres sur l'aile droite du nez, derrière l'oreille droite, en tout semblables à celles qui résultent de l'impression des ongles. Deux excoriations semblables à ces dernières se remarquent à la partie antérieure et latérale droite du cou, deux travers de doigt au-dessous de la base de la mâchoire inférieure, sur laquelle existent deux ecchymoses. Nulle trace sur le col d'impression circulaire par un lien ou tout autre corps. Sur plusieurs points de la périphérie du crâne et surtout en arrière, ecchymoses circonscrites : dans aucun de ces points on ne distingue de fracture des os du crâne. Sur le reste du corps on observe une ecchymose et une excoriation à la partie postérieure de l'épaule droite; trois escarrhes superficielles, grisâtres, à la partie moyenne et antérieure du bras droit, correspondant à cette partie de la manche de la camisole qui avait été presque entièrement brûlée par la liqueur corrosive : la peau qui entoure ces escarrhes a une teinte jaune semblable à celle des autres parties où cette couleur a été indiquée; contusion à la partie externe du bras droit, au-dessus du

poignet, et à la partie moyenne de l'avant-bras gauche; enfin, excoriations superficielles aux coudes, aux genoux, tout-à-fait semblables à celles qui résultent d'un froissement contre une surface inégale comme celle du sol. Les deux mains n'offrent aucune espèce de lésion extérieure et aucune trace de teinte jaune. Nulles marques de violence extérieure sur les parois de la poitrine et de l'abdomen. La région épigastrique est le siége d'une chaleur qui contraste avec le refroidissement du reste du cadavre.

La face supérieure de la langue, la voûte du palais, l'arrière gorge, la face interne des joues, avaient une teinte jaune-citron très foncée. L'épiderme qui recouvre la face interne des lèvres était excorié, celui de la langue était plus dense, comme raccorni. Le pharynx était rempli d'un mucus très-tenace et sanguinolent; la teinte jaune de cette cavité se prolongeait, mais en diminuant successivement d'intensité, jusqu'au quart supérieur seulement de l'œsophage. L'épiderme qui tapisse ce conduit était blanc, comme desséché, fendillé dans toute l'étendue de ce canal, mais sans teinte jaune : il était évident que la liqueur corrosive n'avait pas pénétré au-delà de la portion colorée. L'estomac était parfaitement sain; il renfermait des alimens en partie digérés, colorés fortement par le vin rouge, qui répandaient une odeur vineuse très-prononcée. La membrane muqueuse de l'estomac, ainsi que celle du canal intestinal, examiné dans toute sa longueur, était rosée et injectée comme on la trouve toujours chez les individus qui succombent pendant la digestion; les follicules muqueux étaient généralement visibles sur tous les points de sa surface, il n'y existait aucune trace d'inflammation. Les intestins contenaient dans diverses portions de leur longueur des débris d'alimens, colorés par du vin rouge comme ceux de l'esto-

mac, et répandant de même une odeur vineuse qui s'était aussi dégagée au moment où j'ouvris l'abdomen (1). Cette cavité ne renfermait aucun liquide épanché; péritoine blanc et transparent dans toute son étendue. Le foie et la rate, sains, contenaient un sang noir liquide; vésicule du fiel presque vide. Les reins et la vessie dans l'état naturel : cette dernière était toutefois contractée sur elle-même, et ne contenait pas d'urine. L'utérus et ses dépendances dans l'état normal.

Le larynx, la trachée-artère et les bronches sont libres : la membrane muqueuse qui tapisse ces conduits n'offre pas d'injection notable; elle est blanchâtre. Les deux poumons ont une teinte noirâtre et violette, celui du côté gauche surtout : ce dernier est à peine crépitant dans sa partie supérieure; son tiers inférieur est excessivement dur, hépatisé, d'un brun rouge; il s'en écoule à la coupe une grande quantité de sang très-noir, non écumeux : le centre de la portion hépatisée contient un amas de matière tuberculeuse, du volume d'une grosse noix, et semblable à du fromage de Gruyère pour la couleur et la consistance. Le poumon droit est un peu plus crépitant que le gauche; mais son tissu est également engorgé de sang noir, abondant, très-fluide, peu écumeux. Le cœur est mou, flasque; ses cavités contiennent un sang très-noir et fort liquide, de même que tous les vaisseaux du cou et les sinus de la dure-mère. La substance cérébrale est ferme, et laisse exsuder par gouttelettes, à chaque incision, beaucoup de sang très-liquide. Les ven-

(1) J'ai placé ici la description du canal alimentaire, quoique je n'en aie fait l'examen que le lendemain à la Morgue : j'avais enlevé ce canal en totalité, après l'avoir lié à ses deux extrémités, afin de procéder ensuite à l'analyse des matières qu'il contenait. Je détachai aussi une partie des tégumens du bras et de la tête, ainsi que les cheveux, qui avaient été colorés en jaune.

tricules ne contiennent qu'une petite quantité de sérosité très-limpide et nullement sanguinolente. Le cervelet est moins injecté que le cerveau. La moelle alongée et la moelle épinière ont une consistance plus grande que celle de l'encéphale : leurs vaisseaux sont peu injectés. Le canal vertébral ne renferme pas notablement de sérosité.

Au moment où nous allions quitter Boulogne, après avoir terminé le procès-verbal de l'autopsie, on vint nous annoncer que l'individu qui avait été vu la veille au soir avec Georgette Chaumet, venait d'être arrêté, rôdant autour du village. Convaincu que les lésions extérieures observées sur le cadavre et les taches des vêtemens étaient produites par l'acide nitrique, je pensai qu'il pouvait exister des taches semblables sur les vêtemens du prévenu, s'il était l'auteur de cette tentative d'empoisonnement : les renseignemens fournis par l'instruction et les traces de la liqueur corrosive sur le cadavre montraient assez que Georgette Chaumet n'avait point cherché elle-même à s'empoisonner. Dès-lors, il était probable que, au milieu de la lutte qui avait dû exister entre l'assassin et sa victime, la liqueur corrosive avait rejailli en partie sur les vêtemens de l'un et de l'autre. Ma conjecture se trouva confirmée par la présence de nombreuses taches, semblables à celles déjà indiquées, sur l'habit, le pantalon et les mains du prévenu. Quoiqu'il ne fût pas douteux pour moi que ces taches étaient dues à de l'acide nitrique, il importait de démontrer directement que la liqueur corrosive qui avait laissé des traces sur les vêtemens de Groubel et de Georgette Chaumet était de la même nature : il fallait en même temps examiner celles que présentait le cadavre, et s'assurer s'il en existait dans l'estomac et les intestins. M. Chevallier me fut adjoint pour cet examen, auquel nous procédâmes

le lendemain, à la Morgue, en présence de M. le juge d'instruction et de M. le substitut du procureur du roi. J'abrégerai beaucoup le détail de nos expériences.

Taches des vêtemens. — Ces différentes taches conservaient un reste d'acidité, ainsi que nous nous en sommes assurés en les touchant avec un papier de tournesol, légèrement mouillé, qui à l'instant a pris une belle couleur rouge. Un morceau du drap de l'habit a été enlevé dans les points où il était taché, et plongé dans de l'eau distillée chaude; celle-ci a bientôt acquis la propriété de rougir le papier de tournesol. Cette eau acidulée, saturée par du bi-carbonate de potasse, a été soumise ensuite à l'évaporation : une partie de cette liqueur étendue sur du papier, celui-ci séché et mis en contact avec la flamme d'une bougie, a brûlé avec scintillation, comme le présente la combustion du papier imprégné de nitrate de potasse. Cette expérience, répétée à plusieurs reprises, a fourni des résultats d'autant plus marqués, que la liqueur s'était de plus en plus concentrée par l'évaporation. Une partie de cette liqueur, qui était devenue jaunâtre, mise en contact avec une petite quantité d'acide sulfurique, s'est décomposée en laissant dégager des vapeurs d'acide nitrique. Une autre partie de la même liqueur, mêlée avec de la limaille de fer, et traitée par l'acide sulfurique, a fourni des vapeurs d'acide nitreux. Enfin, le résidu de la liqueur évaporée, jeté sur les charbons ardens, a brûlé rapidement avec scintillation.

Les mêmes expériences furent répétées avec des portions tachées du pantalon : elles donnèrent les mêmes résultats. De plus, une partie de l'eau distillée dans laquelle on avait fait bouillir quelque temps ces morceaux de drap, et qu'on avait ensuite saturée de bi-carbonate de potasse, fut introduite dans une petite cornue de verre, et traitée par l'acide sulfurique à l'aide de la chaleur. La

décomposition du sel s'étant opérée, on obtint une petite quantité d'acide nitrique pur, qui, traité à son tour par la potasse, fut soumis lentement à l'évaporation. Le résidu, examiné à l'aide de divers réactifs, a présenté tous les caractères du nitrate de potasse. Mêmes expériences et mêmes résultats pour les vêtemens qui recouvraient le cadavre. Pour compléter ces épreuves, nous avons touché tous ces vêtemens avec les acides nitrique, hydrochlorique et sulfurique : l'acide nitrique seul a produit des taches semblables à celles que nous venions d'examiner.

Taches de la peau et des cheveux. — Des portions de tégumens du bras, du crâne et des cheveux, furent soumises à des expériences analogues à celles faites sur les vêtemens. Ainsi, mises en contact avec du papier de tournesol, celui-ci a rougi assez fortement; lavées avec de l'eau distillée, ce liquide a été saturé ensuite de bi-carbonate de potasse, et son évaporation a fourni un résidu dans lequel on a reconnu la présence du nitre. Une dissolution concentrée de potasse, versée sur une partie de ces tégumens jaunis, y a déterminé une coloration jaune-rougeâtre. Enfin, une autre portion de la peau et des cheveux, qui n'offraient aucune teinte jaunâtre, a été touchée par de l'acide nitrique, et nous n'avons pas tardé à voir se manifester des taches analogues à celles que présentaient les parties examinées.

Estomac et intestins. — Dans toute l'étendue du canal alimentaire, il n'existait pas de teinte jaune-citron, semblable à celle de l'intérieur de la bouche et des lèvres, excepté dans le quart supérieur de l'œsophage; cette portion, touchée avec une solution concentrée de potasse, a pris une teinte jaune-rougeâtre. Quelques valvules de l'intestin présentaient une coloration analogue à celle de l'œsophage; mais touchées avec la même solution de potasse, leur couleur n'a éprouvé aucun changement : elle n'était due

qu'à la bile. Plusieurs portions de l'estomac et des intestins, soumises à l'analyse, n'ont offert aucune trace d'acide nitrique. Les matières contenues dans l'estomac et l'intestin étaient légèrement acides; délayées dans de l'eau distillée, puis filtrées, la liqueur a été saturée par le bicarbonate de potasse, et soumise à l'évaporation. Le résidu, jeté sur les charbons ardens, brûlait lentement et sans scintillation. Une portion de ce résidu, traitée par l'acide sulfurique, n'a pas laissé dégager de vapeurs d'acide nitrique, mais bien de l'acide carbonique et de l'acide acétique.

Enfin, nous avons constaté que les taches existant sur les mains du prévenu étaient produites par l'acide nitrique.

Il résultait positivement de ces expériences que les taches remarquées sur les vêtemens du prévenu et sur ses mains, que celles des vêtemens de la femme Groubel et les lésions extérieures observées sur le cadavre, étaient produites par l'acide nitrique; qu'il n'existait aucunes traces de cet acide dans l'estomac, l'intestin et dans les matières que ces organes contenaient. D'après ces expériences et les lésions cadavériques, je conclus qu'il y avait eu tentative d'empoisonnement par l'acide nitrique; mais que la mort de la femme Groubel ne pouvait être attribuée à l'ingestion de cet acide, d'autant mieux que l'empoisonnement n'avait pas été consommé, soit parce que l'état comateux dans lequel l'ivresse avait plongé cette femme l'avait empêchée d'exécuter les mouvemens de déglutition nécessaires pour que l'acide pût pénétrer dans l'estomac, soit parce que la femme Groubel y avait mis elle-même obstacle en rejetant le liquide qui lui avait été versé dans la bouche (1). D'un autre

(1) Ce n'est pas sans surprise que j'ai appris d'un des membres du

côté, l'examen du cadavre me fit penser que la mort pouvait être le résultat d'une asphyxie par suffocation, du moins l'engorgement sanguin très-considérable des poumons, la liquidité et la couleur noire du sang dans tous les vaisseaux, venaient à l'appui de cette opinion; quant à la manière dont cette asphyxie avait été produite, je fis remarquer que les contusions et les excoriations de la face et du col, excoriations dont plusieurs avaient toute l'apparence des déchirures faites par les ongles, pouvaient indiquer, jusqu'à un certain point, que la suffocation avait été déterminée par l'application des mains au devant du nez, de la bouche et du cou. Les taches d'acide nitrique qui couvraient la face palmaire des mains du prévenu ajoutaient à la probabilité de cette explication. En outre, la congestion cérébrale résultant de l'état d'ivresse dans lequel était la femme Groubel, et l'altération profonde et étendue du poumon gauche par suite de laquelle la respiration ne s'effectuait complètement que par le poumon droit, étaient autant de circonstances qui avaient dû rendre la suffocation plus facile et conséquemment plus rapidement funeste.

L'instruction d'une affaire aussi grave fit naître plusieurs questions sur lesquelles nous fûmes appelés à répondre; voici les principales et le résultat des observa-

---

parquet, que M. Alibert, questionné sur cette affaire, avait prétendu qu'il était inutile que l'acide nitrique pénétrât dans l'estomac pour causer la mort; qu'il avait vu beaucoup d'exemples d'empoisonnement de cette espèce, suivis de mort, dans lesquels l'acide n'avait pas pénétré au-delà de l'arrière-gorge. Avant d'adopter cette opinion, j'attendrai que les faits sur lesquels on l'appuie soient connus et bien constatés. On pourrait admettre que la cautérisation brusque de l'orifice du larynx par cet acide détermine un resserrement subit de l'entrée des voies de la respiration, et l'asphyxie; mais cette explication ne serait encore qu'une hypothèse.

tions et des expériences que nous fîmes pour fournir les éclaircissemens qu'on nous demanda.

1.° *L'acide nitrique laisse-t-il des traces différentes sur la peau, suivant qu'il y est appliqué pendant la vie ou après la mort?* Pendant la vie, cet acide produit des effets qui varient selon son degré de concentration et la durée de son application. Tantôt ce sont des escarrhes grisâtres, entourées d'une teinte jaune plus ou moins foncée : la profondeur de l'escarrhe est généralement d'autant plus grande que l'acide est plus concentré et l'épiderme moins épais. Tantôt il n'existe que de simples taches, d'un *jaune-serin* d'abord, qui deviennent insensiblement d'un *jaune-orangé* plus ou moins foncé au bout de quelques heures, et restent les mêmes jusqu'à la chute de l'épiderme. Appliqué sur la peau d'un cadavre, l'acide nitrique forme des taches qui sont d'un *jaune de soufre*, puis d'un *jaune-verdâtre*, et dix ou douze heures après, on observe autour de la partie colorée une teinte grise plus ou moins large, évidemment due à l'imbibition d'une portion de l'acide; vers le 3.e jour, une teinte d'un violet pâle se manifeste sur les limites de cette tache grise. Ces différens caractères sont restés ensuite à-peu-près les mêmes jusqu'au 7.e jour.

2.° *Quelle peut être la durée des taches de cet acide sur la peau lorsqu'il la colore simplement sans produire d'escarrhes?* Cette question nous fut adressée parce que les mains du prévenu n'offraient plus aussi manifestement de taches jaunes au bout de dix jours environ. L'expérience nous a prouvé que ces taches existent tant que l'épiderme n'est pas enlevé; car cette partie de la peau est ordinairement la seule ainsi colorée. Cette circonstance explique comment le frottement répété de la peau contre une surface rude et inégale peut accélérer la disparition de ces taches en usant l'épiderme. Quant aux

taches des ongles ; le même moyen peut aussi les faire disparaître rapidement.

3.° *D'autres acides peuvent-ils laisser sur le cadavre des traces semblables à celles de l'acide nitrique?* Nous avons appliqué sur la peau de plusieurs cadavres de l'acide nitrique, de l'acide sulfurique, de l'acide hydrochlorique et de l'acide oxalique. Chacun de ces acides nous a présenté des caractères particuliers, mais tous différens de ceux de l'acide nitrique, lesquels ont été indiqués plus haut. Nous avons remarqué que l'état de la peau apportait quelques modifications à ces différens caractères. Du reste, nous nous proposons de publier prochainement les expériences comparatives que nous avons faites sur ce sujet.

Observation de cystocèle méconnue pendant un grand nombre d'années, et traitée pour un engorgement du col de la vessie; par M. Ribell, *de Perpignan, (Pyrénées-Orientales), D. M. P.*

M. P.*** de Prats de Mollo, âgé de 58 ans, éprouve, depuis trente ans environ, une difficulté d'uriner presque continuelle, qui, sans lui occasionner beaucoup de douleurs, ne lui permet de vider sa vessie toutes les fois qu'il en ressent le besoin, qu'en deux ou trois reprises, à quelques minutes d'intervalle l'une de l'autre. Il est obligé pour uriner d'être toujours debout, et de se livrer à des efforts plus ou moins grands. Ce besoin se fait ressentir le plus ordinairement toutes les deux heures.

Il n'a jamais souffert des reins, ni rendu de graviers avant l'époque où a commencé sa maladie, ni depuis qu'elle existe. Il n'a pas été atteint non plus d'affections

siphylitiques locales ou générales ; seulement il se rappelle qu'il eut, dans le temps, une dartre vive à la jambe qui céda à l'emploi d'un traitement convenable, et que ce fut après la guérison de celle-ci que se déclarèrent les premiers symptômes du côté des voies urinaires. On verra que cette dartre a été la source de l'erreur étrange des gens de l'art appelés à différentes époques auprès du malade ; erreur d'autant plus déplorable qu'il eût été peut-être facile au commencement de remédier à une infirmité aujourd'hui incurable.

De plus, M. P.*** est porteur de deux hernies inguinales volumineuses, dont l'existence de l'une, celle du côté gauche, remonte à sa naissance, et la droite, un peu moins grosse, existe depuis 40 à 45 ans environ.

M. P.*** ne songea pas à contenir ses hernies pendant longtemps ; ce ne fut qu'après son mariage, à 25 ans, qu'il eut recours à un bandage herniaire qui ne remplit que très-imparfaitement le but qu'il s'était proposé, conservant toujours une portion de hernie dans le scrotum, du côté gauche.

C'est à 28 ans qu'il ressentit pour la première fois des difficultés d'uriner, et néanmoins il vécut cinq ans sans en rechercher la cause et sans chercher à s'en débarrasser.

Toutefois au bout de ce temps, craignant les suites de cette dysurie, il se résolut à venir à Perpignan pour y tenir une consultation. Les gens de l'art qui la composaient décidèrent, après l'avoir sondé, que la vessie était libre et ne contenait aucun corps étranger ; que le canal de l'urètre était parsemé de rétrécissemens nombreux qui s'opposaient au passage facile de la sonde ; qu'il fallait attribuer ces rétrécissemens et la difficulté d'uriner à la dartre qui, disparue de la jambe par suite du traitement, exerçait ses ravages dans le canal, et particulière-

ment sur le col de la vessie. Ils conseillèrent un régime doux, des bains et des injections dans l'urètre avec des eaux minérales sulfureuses, et je ne sais sur quel inconcevable fondement, ou plutôt sur le prétexte spécieux que le bandage gênait le canal de l'urètre et augmentait ses callosités, ils engagèrent fortement le malade à s'en débarrasser et à le remplacer par un simple suspensoir.

Ce traitement fut suivi pendant plusieurs mois sans aucun succès, et le malade, ayant envie de guérir, céda aux promesses d'un empirique ignorant et cupide, qui lui fit prendre, à son insçu, force doses de sublimé corrosif, dont tous les effets furent de fatiguer horriblement son estomac, sans que la guérison en fût plus avancée.

Vingt-cinq ans s'étaient écoulés depuis la consultation tenue à Perpignan, pendant lesquels le malade essaya d'une infinité de remèdes, et éprouva toujours la même continuité de symptômes dans l'émission des urines, lorsque le 22 août 1828, après avoir souffert pendant quinze jours de sa dysurie plus qu'à l'ordinaire, M. P.*** fut pris, vers le soir, d'une rétention d'urine complète. Après beaucoup d'efforts il rendit du sang pur d'abord, et un peu plus tard du sang mêlé à quelque peu d'urine et beaucoup de mucosités. Effrayé de cet état le malade me fit appeler alors auprès de lui : la longue distance ne me permit d'arriver que vingt-quatre heures après. Je le trouvai plus calme ; il était venu à bout d'uriner, quoiqu'avec difficulté, en assez grande abondance, et à chaque émission nouvelle les urines étaient de moins en moins colorées par le sang. Pas de fièvre ni de soif, le ventre parfaitement souple. Un bain de siège, quelques heures de repos au lit et une boisson émulsionnée, avaient opéré ce changement.

Pénétré de la certitude de l'existence d'une dartre au col de la vessie, et de nombreux rétrécissemens dans

l'urètre, ayant vécu prendant trente ans dans cette croyance, le malade ne m'entretint exclusivement, dans notre première entrevue, que de ce point de sa maladie, m'annonçant, avec indifférence, qu'il avait une hernie double qui ne l'incommodait nullement. Ce n'a été que dans des conversations ou examens successifs, que celles-ci ont pu acquérir de l'importance à mes yeux.

Pour le moment, persuadé par le malade et son chirurgien ordinaire, qui avait tenté l'introduction d'une sonde sans pouvoir pénétrer à plus d'un pouce de profondeur, qu'il devait en effet y avoir des obstacles, je dus m'en assurer par moi-même, et, à ma grande surprise, une sonde d'argent du diamètre de deux lignes entra d'emblée dans la vessie. Il s'écoula environ un demi-verre d'urine très-claire; j'explorai la vessie, je n'y rencontrai pas de corps étranger; sa capacité me parut assez petite.

L'introduction facile de la sonde me mettait à même d'assurer que le canal était libre et probablement l'avait toujours été; que les prétendus obstacles trouvés à une époque antérieure n'avaient jamais existé; qu'il en était de même de la dartre au col de la vessie, non-seulement parce que la métastase d'une dartre à l'intérieur est loin d'être prouvée, et que supposé qu'elle le fût, le malade aurait dû être sujet habituellement à un écoulement puriforme par le canal, ce qui n'a pas eu lieu, mais encore parce que le col de la vessie n'était pas le siège d'un engorgement quelconque, la sonde ayant franchi son ouverture avec la plus grande facilité.

Il devenait donc indispensable de chercher autre part la cause de l'infirmité dont se plaignait M. P.*** Je fus tenté, un instant, en voyant des mucosités mêlées aux urines, de croire à l'existence d'une phlegmasie chronique de la vessie, mais je ne tardai pas à réfléchir

que le malade, pendant l'espace de trente ans auxquels il fallait faire remonter sa maladie, avait conservé son embonpoint et ses forces, ce qui était difficile à concevoir; que toutes ses fonctions, si l'on en excepte celle de l'excrétion des urines, étaient encore bien régulières, et qu'enfin aucun symptôme fâcheux n'avait annoncé l'altération profonde de la vessie.

Ce fut ainsi que je fus conduit à fixer mon attention et à ramener celle du malade sur les hernies, qu'il avait considérées jusqu'alors comme étrangères à sa maladie, et sur lesquelles j'obtins alors les renseignemens qui précèdent et ceux que voici :

M. P.*** éprouve une difficulté d'uriner d'autant plus grande, que la hernie inguinale gauche est plus volumineuse.

2.° S'il éprouve le besoin d'uriner au moment où la hernie est petite, l'émission est facile et a lieu par jet; et si pendant ce temps la hernie s'échappe au-dehors ou grossit, il voit le jet de l'urine se supprimer brusquement.

3.° L'expérience lui a appris, sans qu'il sût s'en rendre compte, que pour uriner avec plus d'aisance et en plus grande quantité, il est obligé de soulever la hernie et de faire que le collet en devienne la partie la plus déclive.

Si l'on rapproche de ces observations les faits suivans, il ne reste plus de doute sur l'existence d'une cystocèle.

Après avoir engagé le malade à garder ses urines le plus long-temps possible, ce qu'il a fait pendant quatre heures avec peine, et à se tenir debout pour laisser la hernie au-dehors, le catéthérisme a donné issue à quatre cuillerées d'urine environ, et celle-ci ne s'est de nouveau écoulée qu'après avoir réduit ou vidé la hernie par le taxis.

Une forte injection d'eau (deux verres), poussée dans la vessie, a eu pour résultat, 1.° d'exciter un vif besoin d'uriner, le malade n'étant pas habitué à garder dans la vessie autant de liquide à-la-fois.

2.° D'obtenir un accroissement très-sensible de la hernie inguinale gauche, quoique le malade restât couché.

3.° Enfin de faire de cette hernie le siège d'une fluctuation manifeste, appréciable surtout vers le collet de la tumeur herniaire.

La hernie droite (entéro-épiplocèle) a cédé assez facilement et en entier aux premières tentatives de réduction.

La gauche, au contraire, a résisté constamment à l'opération du taxis. Elle renferme des anses intestinales qu'on rencontre au fond du sac, et qui entraînent constamment le testicule avec elles, lorsqu'on cherche à les rapprocher de l'anneau inguinal. Le collet de cette tumeur herniaire saisi entre le pouce et l'indicateur, produit la sensation de deux membranes lisses flottant l'une contre l'autre, lorsqu'on imprime à ses doigts un mouvement de glissement en sens opposés.

Il résulte de ce qui précède, que M. P.*** est affecté d'une hernie congéniale du côté gauche (1), formée primitivement par des portions d'intestins.

Que cette hernie, non soutenue, a grossi insensiblement, s'est compliquée de la sortie de la vessie, et qu'alors se sont déclarés les symptômes de dysurie.

Que la continuité non interrompue de la difficulté d'uriner ne permet pas de douter que la vessie a contracté des adhérences à l'extérieur, et que, par conséquent, elle est irréductible, ce qui rend nuls les secours

(1) Je concevrais le conseil donné par les médecins consultans, motivé sur l'existence d'une hernie congéniale.

de l'art, à moins de recourir à une opération grave qui n'est pas assez motivée.

Observations et réflexions sur des abcès chroniques qui se développent sur le trajet des côtes; par P. MENIÈRE, *D. M. P., ancien interne de l'Hôtel-Dieu.*

Les parois de la poitrine ont, comme agent de la respiration, une importance physiologique qui se fait sentir surtout dans les maladies dont elles peuvent être affectées. Les contusions, les plaies, les affections rhumatismales et certaines névroses, peuvent avoir des résultats fâcheux et hors de toute proportion avec la valeur intrinsèque de la maladie. D'un autre côté, les lésions du poumon ou du cœur, en augmentant beaucoup l'activité des mouvemens respiratoires, deviennent la cause d'accidens plus ou moins graves dans la structure ou dans les fonctions des parois thoraciques. On sait qu'une dyspnée habituelle donne lieu à l'hypertrophie des muscles inspirateurs, à l'ossification prématurée des cartilages intercostaux, etc. Beaucoup de pleurodynies n'apparaissent qu'à la suite d'un catarrhe pulmonaire aigu.

Ces réflexions, que l'on pourrait étendre et confirmer par des faits incontestables, se sont plusieurs fois présentées à mon esprit dans des circonstances qu'il m'importe de faire connaître au lecteur. Deux fois en très-peu de temps, lors de mon séjour à l'Hôtel-Dieu comme élève interne, j'observai, dans les salles de M. Borie, des phthisiques qui portaient des abcès froids et peu volumineux sur le trajet des dernières vraies côtes droites. Les malades ne s'en étaient pas plaints pendant la vie, et c'était en faisant la nécropsie que je reconnus l'existence

de ces abcès. La première fois, j'y donnai peu d'attention ; le foyer purulent était situé au point de réunion de la côte avec son cartilage, par conséquent justement sur la route que devait parcourir mon bistouri pour ouvrir la poitrine. Je constatai seulement que l'abcès ne communiquait pas avec la plèvre, que la côte était saine ainsi que le cartilage attenant. Le pus était rosé, bien lié, sans odeur, et renfermé dans une sorte de kyste celluleux, dont j'avoue n'avoir pas étudié les connexions avec les parties voisines.

Quinze jours s'étaient à peine écoulés, lorsque, en me disposant à ouvrir le cadavre d'un autre phthisique, j'observai une tumeur oblongue, du volume d'un gros œuf, située au-dessous du bord du grand pectoral, vers le milieu de la longueur de la sixième côte. La peau était saine; seulement elle offrait quelques cicatrices de piqûres de sangsues déjà blanches et par conséquent anciennes. Le malade n'était pas resté plus de deux jours dans la salle Saint-Landry, et il ne m'avait rien dit concernant cette tumeur. Elle était très-fluctuante et fixée solidement à la côte. La peau étant enlevée, j'observai un kyste celluleux à parois épaisses de plus de deux lignes; il était revêtu en dedans d'une pseudo-membrane d'apparence muqueuse. Le pus était très-liquide, presque transparent, et composé d'une grande quantité de sérum, au milieu duquel nageaient des flocons d'un blanc jaunâtre. C'était ce qu'on connaît sous le nom de pus scrofuleux. Le périoste de la côte était épaissi et confondu avec la portion du kyste qui l'avoisinait. La côte elle-même avait évidemment augmenté de volume; son cartilage était plus ossifié que tous les autres. La plèvre était saine. Les lobes supérieurs seuls des deux poumons étaient largement excavés par des masses tuberculeuses ramollies.

De ces deux malades, le premier, ayant 28 ans, avait

succombé après deux ans de souffrances; le second avait été emporté par une phthisie aiguë, à l'âge de 35 ans. Je n'ai pu recueillir aucuns renseignemens sur l'époque de l'apparition des tumeurs, et, par conséquent, sur leur marche et leur durée. J'ai su seulement que chez eux la dyspnée était considérable, et que les quintes de toux se répétaient presque sans interruption. Je faisais ces observations dans l'automne de 1827.

A quelque temps de là, je fus appelé pour donner des soins à un enfant scrofuleux. Les préparations iodurées, un régime sain et d'autres soins hygiéniques avaient apporté une notable amélioration dans son état, lorsqu'au mois de mai 1828 il fut atteint de la coqueluche. Les accès de suffocation se répétaient souvent et avaient une intensité extrême. Les parois thoraciques de cet enfant étaient peu développées. L'affection strumeuse qui, jusque là, était bornée aux ganglions cervicaux et à une articulation phalangienne, prit un rapide accroissement, et on s'aperçut bientôt de la présence de plusieurs tumeurs sur le trajet des côtes inférieures. Je pensai qu'il y avait de l'analogie entre elles et ce que j'avais observé dans les deux cas précités. En conséquence, je me hâtai d'arrêter les quintes de toux en employant la belladone, la jusquiame blanche, l'oxyde de zinc et le calomel. Aussitôt que les mouvemens respiratoires furent réduits à l'état normal, je repris le traitement de l'affection strumeuse. Les bains fortement saturés de muriate de soude, les lotions alcalines, l'iodure de mercure à l'intérieur, des pansemens avec des poudres siccatives, procurèrent une guérison rapide, et j'eus le plaisir de voir les tumeurs costales disparaître sous l'influence des moyens généraux.

Le rapprochement de ces faits m'induisait à penser que l'exagération des mouvemens respiratoires était la cause immédiate de l'apparition de ces tumeurs. J'admettais

comme circonstances prédisposantes une constitution lymphatique, une diathèse inflammatoire, une cachexie scrofuleuse ou phthisique. D'autres fois, je pensais que ces cas, tout-à-fait fortuits, n'avaient aucune autre valeur scientifique, et qu'un abcès froid ou chronique pouvait survenir dans l'épaisseur des parois thoraciques comme partout ailleurs, sans que l'on en pût tirer aucunes conséquences directes. La suite vint détruire ce sentiment.

En septembre 1828, je fus consulté par M. L.***, tailleur, âgé de 71 ans, de taille moyenne, bien conservé; il était arrivé à son âge sans autre infirmité qu'une bronchite chronique et un rhumatisme vague. Depuis environ six mois, sa toux était devenue plus opiniâtre, il avait perdu le sommeil, et les quintes les plus pénibles se prolongeaient quelquefois pendant une demi-heure et au-delà. En même temps, l'affection rhumatismale avait envahi le thorax, surtout à droite, et rendait sa situation presque insupportable. Il n'y avait pas un mois que duraient ces accidens, lorsqu'il observa une tumeur ronde, du volume d'une balle de fusil, dure et douloureuse à la pression, occupant le bord inférieur du cartilage de la septième côte droite. Il avait consulté un médecin qui lui conseilla de recouvrir la tumeur avec un emplâtre de diachylon gommé. Plus tard, on mit l'emplâtre de Vigo *cum mercurio*, on fit des frictions avec l'onguent mercuriel; ces moyens ne produisirent aucun effet. La tumeur augmenta de volume, et lorsque je la vis pour la première fois, elle était plus grosse qu'un œuf de poule. La fluctuation y était très-évidente. La toux continuait, chaque effort d'expiration occasionnait une douleur qui se propageait dans toute la longueur des deux ou trois vraies côtes inférieures.

Je m'occupai d'abord du catarrhe pulmonaire, et je

parvins à le rendre moins violent en lui opposant des laxatifs, le sirop d'ipécacuanha, les pastilles de tolu, puis des vésicatoires volans et d'autres révulsifs tant sur les extrémités inférieures que sur le gros intestin. La diminution des quintes et de la dyspnée entraîna celle des douleurs dans la partie dont j'ai parlé; mais la tumeur, toujours fluctuante, ne fit aucun progrès vers la guérison. Désirant m'éclairer sur la marche à suivre, je conduisis le malade à la consultation de M. le professeur Dupuytren. Il fus d'avis que l'on donnât de suite issue à la matière purulente contenue dans la tumeur. MM. Breschet et Sanson examinèrent à leur tour le malade avec beaucoup d'attention, et partagèrent l'opinion de M. Dupuytren.

Quelques jours après, j'ouvris l'abcès au moyen d'une longue lancette. La peau était saine. L'ouverture fut faite en dehors et en bas de la tumeur, elle donna passage à trois ou quatre onces de pus séro-muqueux, parsemé de grumeaux jaunes et sans aucune odeur. Une mèche de linge effilé fut placée dans la petite plaie et renouvellée à chaque pansement pendant à-peu-près quinze jours. A cette époque, la suppuration avait presque entièrement cessé; la tumeur, affaissée, ne laissait à sa place qu'un empâtement de la largeur d'une pièce de cinq francs et fort douloureux à la pression. Aux émolliens d'abord employés, succédèrent les résolutifs, les fondans, mais ce fut sans succès; la petite plaie se rouvrit à diverses reprises, et finit par rester fistuleuse, quelque soin que je prisse d'en rapprocher les bords, de les cautériser légèrement avec le nitrate d'argent fondu, d'exercer sans relâche une compression méthodique destinée à provoquer l'adhésion des parois du kyste. Le traitement interne avait maintenu la bronchite dans des bornes convenables, et la toux était très modérée.

Au mois de mars 182[illegible], le catarrhe pulmonaire repa-

rut avec une nouvelle intensité, et je vis alors le malade avec M. le docteur Foucart, médecin du bureau de charité du onzième arrondissement. Une pleurésie aiguë se manifesta avec violence dans le côté droit de la poitrine, et exigea toute notre attention. Je passe sous silence tous les détails d'un traitement fort long. La pleurésie persista à l'état chronique, de violens accès de fièvre vinrent épuiser le malade et rendre la guérison impossible. La fistule continua de fournir chaque jour une petite quantité de pus. La sixième et la septième vraies côtes droites ne pouvaient être pressées sans occasionner une vive douleur; l'empâtement que j'ai décrit persista, et le cartilage de la côte acquit un volume manifestement plus considérable que celui du côté opposé. Le malade a succombé dans les premiers jours du mois d'octobre. Il ne nous a pas été permis de faire la nécropsie.

Chez ce malade, les recherches les plus attentives n'ont pu faire découvrir aucune liaison entre la pleurésie et l'abcès; la nature du pus qu'il fournissait n'a pas changé pendant une année; l'épanchement séreux qui, peu à peu, a rempli la plèvre du même côté, n'a jamais trouvé d'issue par la fistule, et l'air extérieur n'a pas pénétré dans la poitrine. Il n'y a eu ni pneumo-thorax, ni tintement métallique. A la vérité, le pus sortait en plus grande abondance pendant les quintes violentes de toux, mais c'était le résultat mécanique des secousses imprimées au kyste.

Dans cette dernière observation, ne se rencontrent plus les circonstances prédisposantes dont j'ai fait mention précédemment. L'âge avancé du malade, sa constitution sèche et l'absence de symptômes aigus, prouvent que ces accessoires ne jouent qu'un faible rôle dans la production de l'abcès. La cause essentielle, c'est-à-dire l'augmentation des mouvemens du thorax, suffit à elle seule pour

amener ce résultat. Les mêmes symptômes propres de la maladie se rencontrent ici; la position de la tumeur, sa forme, sa marche, la douleur locale, le développement de la côte, sont les caractères principaux. Quant au traitement, on voit qu'il ne faut pas en attendre de grands avantages, surtout quand l'âge du malade et la nature de l'affection pulmonaire éloignent toute idée d'une cure radicale.

Il ne faut pas croire cependant que ce mal soit incurable, ou qu'il doive nécessairement entraîner de graves inconvéniens. L'observation suivante, que je dois à la bienveillance de M. Foucart, offre un exemple de persistance de cette maladie à l'état chronique, mais avec tendance à la guérison. Les détails de ce fait, fournis par le malade lui-même, ont été confirmés par les rapports du médecin qui l'a traité et par l'examen attentif du siége et de la nature de la maladie.

M. ***, 40 ans, employé de l'administration des jeux publics, de taille moyenne, brun et assez robuste, fut pris, en 1826, d'une pleuro-pneumonie à droite; jusque là sa santé avait été bonne, il ne toussait jamais. Cette phlegmasie très-aiguë fut traitée par des saignées, des sangsues, etc., et, au bout de trois semaines, la convalescence fut bien établie. Cependant la toux persistait, et, au milieu des efforts qu'elle occasionnait, il sentit en avant du côté droit de la poitrine, à trois pouces au-dessous du mamelon, une douleur fixe qui coïncida bientôt avec l'apparition, en cet endroit, d'une tumeur globuleuse dont les progrès furent rapides. On combattit cette double lésion par des sangsues, des ventouses, des topiques irritans et beaucoup d'autres moyens, qui enlevèrent une partie de la douleur, mais ne s'opposèrent pas au développement de l'abcès. Au bout d'une année, il avait acquis le volume d'un œuf d'oie.

La tumeur, qui avait paru d'abord sur le bord inférieur de la sixième côte, très-près du point où elle se continue avec le cartilage sternal, avait peu à peu recouvert la face externe de cette côte, l'intervalle qui la sépare de la septième et une partie de cette dernière. Elle était presque indolente, même à la pression; elle ne devenait douloureuse que dans les efforts de toux, ou bien lorsque la ceinture du pantalon était trop serrée, et alors c'était plutôt la côte que la tumeur.

Peu à peu la peau s'était amincie, et un jour, dans un effort que fit le malade pour soulever un fardeau au-dessus de sa tête, l'abcès s'ouvrit spontanément, et laissa écouler plus d'un verre de pus bien lié et sans odeur. Dès-lors les pansemens eurent pour but de favoriser la sortie du liquide, et de produire le recollement des parois du sac. Les recherches les plus attentives au moyen d'une sonde ne firent découvrir aucune altération des côtes. En conséquence, on cautérisa la plaie demeurée fistuleuse, on fit des injections irritantes, on comprima le kyste, rien ne fut négligé pour produire ce résultat, mais ce fut en vain.

Le malade entra à l'hospice de perfectionnement, et reçut les soins de M. le professeur Roux. On voulut débrider largement la plaie, et ruginer les côtes que l'on supposait altérées; quelques circonstances s'y opposèrent, et le patient sortit non guéri. Plus tard, il se présenta successivement aux consultations publiques de l'Hôtel-Dieu et de la Charité. M. Dupuytren reconnut bien que les côtes avaient subi un peu de changement dans leur forme et leur volume, mais il ne put trouver ni carie ni nécrose; aussi se borna-t-il à prescrire des douches, un bandage méthodiquement appliqué, un régime analeptique et le repos. M. Boyer conseilla des moyens analogues, et rien de tout cela n'eut un résultat favorable.

Il y a aujourd'hui deux ans que la plaie s'est formée, et toujours depuis cette époque elle a fourni une assez grande quantité de pus. Une petite ouverture s'est faite auprès de la première, et toutes deux laissent écouler un liquide séro-purulent, inodore, et qui n'a jamais beaucoup varié. Ces plaies sont enfoncées, la peau des environs est saine, et rien n'indique que les fistules pénètrent à une grande profondeur. La respiration s'effectue avec aisance; le décubitus est également facile sur l'un ou sur l'autre côté; il n'y a pas de toux, et aucun symptôme n'accuse de lésion dans les organes thoraciques. Je tiens de M. Foucart que le côté droit de la poitrine a été longtemps mat dans toute la partie inférieure; il n'existe rien de semblable aujourd'hui, et la respiration s'entend bien partout. Une pression un peu forte sur le trajet des sixième et septième côtes donne lieu à une douleur peu vive. Tout travail fatigant, tout effort prolongé produit également de la douleur dans cette région. Dans ces diverses circonstances, l'écoulement de pus est plus considérable, mais il ne change pas de nature; il ne tache jamais le linge en noir, et ne contient aucun débris de substance osseuse.

Cet homme, dont les habitudes sont peu propres à favoriser la cure spontanée de cette maladie, s'aperçoit d'une diminution lente, mais sensible dans la quantité de matière purulente qui sort chaque jour. Au reste, il supporte sans peine son infirmité, et se contente de recouvrir les fistules d'une compresse maintenue au moyen d'une bandelette de diachylon gommé. Il est très-probable que cette longue suppuration aura un terme peu éloigné, et qu'il ne sera pas nécessaire d'avoir recours à de nouveaux moyens de traitement.

On voit dans cette observation que la tumeur s'est développée peu de temps après la péripneumonie. La plèvre

était prise en même temps que le poumon, et un épanchement assez considérable occupait la partie inférieure du thorax. Ces circonstances, de nature à expliquer la force et la fréquence des quintes de toux, ne jettent pas de jour sur la formation de la tumeur. On ne peut regarder son apparition comme une preuve de l'extension de la phlegmasie; car si le phlegmon extérieur dépendait de cette cause, il est probable qu'il suivrait une marche aiguë, ce qui n'est arrivé dans aucun des cas que nous avons rapportés. Il faut donc rechercher une autre origine à cette maladie, et celle que nous avons indiquée nous semble vraie, puisqu'elle est l'expression du plus grand nombre des faits que nous connaissons. On pourra du reste établir une comparaison entre l'abcès froid des parois du thorax et certains phlegmons aigus qui compliquent les pleuro-pneumonies. Les deux observations qui suivent sont tout-à-fait concluantes.

Une femme de 34 ans, replète, vigoureuse, fut prise, en février 1827, d'une double pneumonie aiguë qui, au bout de quelques jours, se compliqua de pleurésie avec épanchement. Placée dans le service de M. Guéneau de Mussy, elle fut copieusement saignée, et l'on se rendit maître des premiers accidens. Au douzième jour, lorsque la résorption du liquide commençait à s'opérer, et que les crachats prenaient une teinte plus claire, on trouva au devant du thorax, à droite, entre les cartilages des troisième et quatrième côtes, un empâtement circonscrit, de la largeur d'une pièce de cinq francs, et très-douloureux au toucher. On le couvrit de cataplasmes émolliens; quatre jours après, une tumeur semblable se manifesta à gauche, mais plus bas, entre la cinquième et la sixième côtes. En peu de temps ces tumeurs s'accrurent au point d'égaler le volume d'un gros œuf. Les cataplasmes, les sangsues furent employés; bientôt la fluc-

tuation fut manifeste, et au 25.e jour de la maladie, en appliquant la main ou le sthétoscope sur ces tumeurs, on y percevait un bruit très-fort, un gargouillement considérable indiquant le passage facile d'un liquide de l'intérieur du thorax sous la peau de cette région.

La toux continuait; une fièvre ardente dévorait la malade, et rien ne pouvait la soulager. Les crachats étaient blancs, écumeux, quelquefois mêlés d'un peu de pus, mais sans odeur ni diffluence. La mort arriva le 32.e jour de la maladie.

L'ouverture du cadavre fut faite avec soin, et l'on trouva deux collections purulentes entre la plèvre costale et les côtes, au voisinage du médiastin; mais la séreuse, bien qu'enflammée et couverte de pseudo-membranes à son intérieur, n'était en aucune manière perforée, de sorte que le liquide épanché dans le thorax ne communiquait pas avec le pus du phlegmon externe. Les muscles intercostaux étaient ramollis et ulcérés dans l'étendue de quelques lignes seulement; les cartilages étaient parfaitement sains. Les deux poumons, qui n'étaient point en contact avec la plèvre, renfermaient plusieurs petits foyers purulens : c'était une pneumonie lobulaire avec ramollissement fort avancé. Tous les autres organes étaient sains, à l'exception des annexes de l'utérus qui présentaient une grave altération dont nous parlerons ailleurs (1).

La simple exposition de ces faits suffit pour faire sentir combien il y a peu de rapports entre des phlegmons de ce genre et ceux qui nous occupent. Ceux-ci sont placés sous l'influence immédiate de la cause qui a produit la pleu-

(1) Il s'agit ici d'une affection chronique des trompes de Fallope; ces conduits, repliés en arrière et collés sur le corps de l'utérus, sont oblitérés à leurs deux extrémités et distendus outre-mesure par un fluide séro-sanguinolent, ou muqueux, ou purulent, etc. Nous en rapporterons plusieurs exemples.

résie ; c'est une pleurésie extérieure, locale, bornée, mais vive et aiguë comme les phlegmasies de ce genre. Chez nos autres malades, au contraire, l'inflammation est latente; elle occupe les couches celluleuses intermusculaires, le périoste, et toujours sa marche est lente; toujours elle s'isole de l'affection de poitrine, quelle que soit la forme qu'elle revête. Nous pourrions rapporter un certain nombre d'observations analogues aux deux précédentes, et qui feraient voir combien il est peu rare de trouver des phlegmons extra-séreux dans les pleurésies très-aiguës. L'habitude que nous avons prise depuis longtemps de décoller les plèvres malades, nous a fait rencontrer des collections purulentes dans toute l'étendue du thorax. Si elles sont rarement apparentes à l'extérieur, cela vient de ce qu'elles se forment plutôt en arrière et en bas que partout ailleurs. L'épaisseur des parois de la poitrine en cet endroit s'oppose à ce qu'elles fassent saillie au dehors. Mais nos abcès chroniques dépendent d'une toute autre cause, et doivent suivre une marche différente. L'observation qui suit fournira une nouvelle preuve à l'appui de ce que nous avons avancé.

Madame X......, âgée de 29 ans, assez forte, quoique douée d'une constitution lymphatique, fut atteinte, au printemps de 1826, d'une pleurésie aiguë à gauche; l'épanchement fut considérable, mais au bout de six semaines d'un traitement très-actif, la convalescence fut assurée. Il resta une toux sèche et une grande disposition à contracter une bronchite. Les efforts de toux développaient très-promptement une pleurodynie, qui ne céda, à plusieurs reprises, qu'à l'application de ventouses scarifiées.

Au mois de mai 1828, une rougeole très-intense étant survenue, la toux prit un caractère alarmant; le thorax était secoué avec une force extrême, ses parois étaient

douloureuses, c'était une courbature de cette région. Les émolliens, les narcotiques, quelques laxatifs, modérèrent ces accidens; mais la malade ne pouvait plus tousser sans être essoufflée. Cette dyspnée accidentelle persista, mais à un moindre degré, jusqu'au mois de novembre, époque à laquelle la malade s'aperçut de l'existence d'une petite tumeur située au-devant de l'extrémité antérieure de la septième vraie côte droite. Cette tumeur était un peu douloureuse à la compression. Elle conserva ce volume et ce caractère pendant trois mois; chaque effort de toux, en dilatant la poitrine, donnait lieu à une douleur assez vive, résultant du froissement de la tumeur par la ceinture des vêtemens appliquée exactement sur elle.

Un médecin conseilla des frictions avec l'onguent mercuriel, puis avec un liniment opiacé; ces moyens furent mis en usage pendant un mois, mais sans succès. L'hiver occasionna quelques rhumes, sous l'influence desquels la tumeur prit un accroissement rapide; les douleurs augmentèrent; voici ce que j'observai le 8 septembre, époque à laquelle je vis la malade pour la première fois.

La tumeur avait le volume d'un gros œuf de poule, elle recouvrait la face externe et le bord supérieur de la septième vraie côte, dans une étendue transversale de trois pouces; séparée de la glande mammaire par un sillon profond, elle est placée immédiatement au-dessous de cet organe, avec lequel elle n'a, du reste, aucun autre rapport. Elle est fluctuante, élastique, indolente, à moins qu'on ne la comprime avec force; la peau et une couche épaisse de tissu cellulaire la recouvrent et roulent facilement sur elle. La côte, explorée dans toute sa longueur, est un peu plus saillante que celle du côté opposé; en avant et en arrière de la tumeur, tout-à-fait sur ses confins, elle offre quelques inégalités que l'on ne peut pres-

ser sans occasionner de la douleur. La respiration s'entend bien partout; le redressement des côtes, dans le moment de l'inspiration, donne lieu à un déplacement en masse de la tumeur, lequel pourrait en imposer d'abord et faire croire à une augmentation de volume qui n'est que fictive. J'avais déjà fait cette remarque sur deux des malades que j'ai cités.

La santé générale était bonne, cependant il y avait de fréquentes quintes de toux, que je m'attachai d'abord à combattre. Le sirop de Lamouroux, quelques pilules de belladonne, des pastilles d'ipécacuanha et des boissons émulsionnées calmèrent l'affection bronchique, et donnèrent du repos aux puissances musculaires de la poitrine. Je prescrivis alors des frictions avec la pommade stibiée, un emplâtre de Vigo *cum mercurio*, et l'application d'un bandage légèrement compressif destiné à prévenir les grandes secousses du thorax. Une éruption pustuleuse très-forte se manifesta bientôt ; on renouvella souvent l'application du même topique, et l'on entretint par ce moyen une suppuration abondante. Après cinq semaines de l'emploi de ces moyens, la douleur de la côte avait complètement disparu, la malade ne toussait plus, et la tumeur, moins volumineuse d'un quart, présentait une fluctuation très-manifeste. Cette dame ayant une extrême répugnance pour les instrumens tranchans, j'essayai de favoriser la résorption du pus en saupoudrant l'emplâtre de Vigo avec un scrupule de poudre d'iode : ce médicament ne pût être supporté. Je me décidai alors à placer au sommet de la tumeur un morceau de potasse caustique ayant à peine deux lignes de diamètre. L'escarrhe, bien qu'assez profonde, n'atteignit pas la paroi du kyste; j'y parvins en peu de temps au moyen du nitrate d'argent laissé en contact avec le fond de la plaie pendant plusieurs minutes à chaque pansement. La malade souffrit peu, et

le sac se vida complètement par la petite ouverture résultant de l'usage du caustique. Ses parois s'étant affaissées, je les maintins en contact au moyen d'un appareil légèrement compressif, et je fis des injections de décoction d'orge miellée. Ces moyens réduisirent en peu de temps la suppuration à quelques gouttes d'un liquide blanc et sans odeur.

L'emplâtre de Vigo a été continué, et aujourd'hui on sent à peine un léger empâtement, occupant sur la face externe de la côte un espace de dix-huit lignes en tous sens. Il est à remarquer que, depuis l'application du caustique, la toux et les autres symptômes d'irritation pulmonaire ont complètement cessé. La petite plaie fistuleuse qui persiste fournit un léger suintement qui, sans doute, ne tardera pas à disparaître.

Je ne reviendrai pas sur chacun des points de l'histoire de ces abcès. Ce que j'en ai dit suffira peut-être pour rendre leur diagnostic facile et leur traitement plus certain. Quant à leur étiologie, j'ai indiqué la cause qui me semblait réunir le plus de probabilités en sa faveur. En effet, on les a toujours vus survenir à la suite des violens efforts déterminés par une phlegmasie de la plèvre ou du poumon. Je ne connais aucune circonstance anatomique ou physiologique qui rende compte de leur développement plutôt à droite qu'à gauche, plutôt vers la septième côte que partout ailleurs, plutôt en avant qu'en arrière. Je pense que l'altération des côtes ou de leur cartilage n'est que consécutive et dépend du travail inflammatoire lent qui s'établit dans le kyste ainsi que dans les parties environnantes.

Observations de hernies étranglées par le col du sac ; par P. E. Cobbin, *D. M. P., ancien interne à l'Hôtel-Dieu, et chef de clinique à l'hôpital de la Charité.*

Depuis long-temps on sait que le col du sac herniaire, en s'épaississant et en se resserrant, peut devenir une cause d'étranglement. Ce fait a été connu de Ledran, de Lafaye, de Louis, de Sandifort, de Pott, de Wilmer, et de beaucoup de chirurgiens du même temps ; mais il a surtout été exposé avec détails et mis dans tout son jour par Arnaud parmi les anciens, et par M. Dupuytren parmi les modernes.

Ce point de l'histoire des hernies n'est pas cependant tellement connu qu'il ne soit utile d'y ramener l'attention : c'est dans cette vue que j'ai réuni plusieurs exemples d'étranglemens de ce genre, observés en 1827 à la salle Saint-Bernard de l'Hôtel-Dieu. Mais avant tout, j'ai cru devoir rappeler brièvement la doctrine des auteurs sur cette matière.

Les causes éloignées de ces étranglemens sont, suivant Arnaud, la constriction exercée par les ouvertures aponévrotiques sur le col du sac herniaire; la compression occasionnée par des bandages, soit sur le col d'une hernie mal contenue et qui s'échappe au-dessous du bandage, soit sur celui d'une hernie réduite en totalité, à l'exception du sac, et qui viendrait ensuite à reparaître. Sous l'influence de ces causes ou d'autres circonstances analogues, le col du sac s'épaissit, s'indure et se rétrécit. Ainsi altéré, le col peut se présenter sous deux formes : « dont l'une représente une sorte de tube qui se prolonge dans tout le canal inguinal; et l'autre, une simple bande

étroite et circulaire qui correspond à l'orifice externe de l'anneau (*Scarpa*, page 118). » La première de ces variétés est plus rare; j'ai constamment rencontré la seconde dans les cas que j'ai observés, et notamment dans ceux qui seront cités ci-après.

Les principaux signes qui distinguent les étranglemens produits par cette cause sont les suivans :

L'anneau inguinal ou crural (car il s'agit ici spécialement de ces deux espèces de hernies) est libre, et l'on peut facilement y introduire le doigt; le lieu de l'étranglement est mobile, et sans opérer la réduction on peut repousser plus ou moins haut la partie étranglée avec le corps de la hernie. Si l'on tente la réduction, qui d'ordinaire est plus difficile à cause de la mobilité et du peu de résistance du col, la hernie rentre en masse sans avoir diminué progressivement, et le sac est emporté avec le reste, les viscères s'arcboutant contre le collet qu'ils poussent devant eux; mais surtout il ne se produit aucun gargouillement par les tentatives de réduction. Enfin, quand la hernie est réduite, les symptômes d'étranglement persistent, et le doigt introduit dans l'anneau sent une tumeur rénitente formée par les intestins, qui sont pelotonnés entre le col et l'anneau.

Les indications sont évidentes dans ces différens cas. Quand la nature de l'étranglement est reconnue de prime-abord, ce qui est fort difficile et fort rare, il ne faut point réduire, mais recourir aussitôt à l'opération. Quand, pour avoir méconnu le cas, on a fait la réduction, il faut, si la chose est possible, faire ressortir les parties pour opérer, sinon les aller chercher jusque dans l'abdomen en incisant les muscles. L'une et l'autre choses ont été tentées avec succès. Il est inutile de dire que c'est le col du sac qu'il faut inciser dans le débridement.

Voici maintenant l'histoire des cas que j'ai observés en 1827.

Obs. I.[er] — *Hernie inguinale du côté droit, étranglée, réduite; persistance de l'étranglement; opération le septième jour; mort le deuxième jour après l'opération; l'intestin s'est de nouveau étranglé; péritonite.* — De Burgalas (Jean), âgé de 75 ans, tailleur, affecté d'un catarrhe chronique, portait depuis vingt-deux ans une hernie inguinale du côté droit. Dans ces derniers temps, la tumeur, mal contenue, et pendant le jour seulement, par un mauvais bandage, devenait quelquefois plus grosse, et occasionnait alors des tiraillemens et des douleurs dans l'abdomen.

Il y a quatre jours (aujourd'hui 17 mars, jour d'entrée), qu'à la suite de quintes de toux fréquentes, la hernie est devenue encore plus volumineuse. Nausées, hoquets, vomissemens. Au bout d'une heure le malade est parvenu à la faire rentrer lui-même. Les vomissemens ont continué depuis, et continuent encore. Il n'y a pas de constipation; mais le malade va peu à la selle. Du reste, les matières vomies sont verdâtres et fétides; il y a des coliques, un pouls petit, une extrême anxiété; en un mot, beaucoup de symptômes d'un étranglement interne: cependant on en jugea d'abord autrement.

Le quatrième jour commençant depuis l'entrée, le septième depuis l'étranglement, M. Dupuytren, qui fut appelé auprès du malade, affirma que la hernie était étranglée par le col du sac et qu'elle avait été réduite en bloc, que telle était la cause des accidens. En conséquence, on supprima le bandage qu'on avait laissé. On fit marcher le malade, on le fit baigner, et dans le bain on lui commanda de faire des efforts, comme pour aller à la selle.

La hernie ressortit et fut opérée immédiatement par M. Dupuytren.

On trouva l'anneau tout-à-fait libre, et M. Dupuytren m'y fit introduire l'index, aussi bien qu'à quelques autres

assistans. Le col du sac, au contraire, formait un cercle à bord tranchant et fort étroit; l'opérateur l'incisa dans quatre points, et quand il eut attiré l'intestin au dehors, on aperçut à sa surface une dépression circulaire comme celle qu'aurait pu imprimer une ligature. Au fond de cette dépression, l'intestin n'avait guères qu'un demi-pouce de diamètre. Au-dessus, il était blanc et sain; au-dessous, gorgé de sang et couleur lie-de-vin. Le sac contenait aussi un peu d'épiploon. Quand la réduction eut été faite, je remarquai que le sac, aussitôt qu'on l'abandonna à lui-même, remonta brusquement dans l'abdomen. Je n'attachai pas cependant une grande importance à cette circonstance.

Les hoquets et les vomissemens continuèrent pendant la journée. Le lendemain, on donna quelques verres d'eau de Seltz avec sirop de limon, et l'on appliqua des cataplasmes sur le ventre, qui était douloureux. L'âge, le pouls, la faiblesse, ne permettaient pas de saigner. Les vomissemens continuèrent, et le malade mourut pendant la nuit suivante (22).

Autopsie. — L'intestin s'est de nouveau introduit dans le collet du sac qui le serre encore, quoiqu'il ait été dilaté. Ce collet est fort dur, et, examiné d'en haut, forme comme une espèce de goulot, auquel viennent aboutir des plis du péritoine. Péritonite très-intense avec rougeur de la membrane; sérosité floconneuse peu abondante; adhérences des circonvolutions par de fausses membranes molles, et qui se déchirent facilement. La hernie appartient au milieu du jéjunum. Le bout supérieur, ou plutôt le péritoine qui le recouvre, est plus rouge que le bout inférieur.

Cette observation est remarquable par la persistance de l'étranglement après la réduction et après l'opération.

Elle fait sentir combien il importe de retenir le sac au dehors aussi long-temps qu'il est possible.

Obs. II.[e] — *Hernie inguinale à droite, étranglée, opérée le troisième jour ; mort le onzième jour après l'opération ; péritonite.* — Rousseau, Pierre Basile, âgé de 45 ans, d'une constitution robuste, entre le 22 mai à l'Hôtel-Dieu, ayant à droite une hernie inguinale étranglée. Cette hernie datait de la première enfance, n'avait été contenue par un bandage que depuis l'âge de 20 ans, et n'avait jamais causé de douleurs jusqu'alors. Le malade quittait son bandage pendant la nuit. La veille au soir, après le souper, la hernie sortit plus volumineuse que de coutume ; coliques, vomissemens, d'alimens d'abord, puis de matières amères. Le malade appelle un médecin qui le saigne et essaye vainement de réduire. Le lendemain, 22, le malade arriva après l'heure de la visite, et l'on ne reconnut pas la nature de l'étranglement. On saigna de nouveau, on fit prendre un bain, on appliqua des sangsues, et l'on fit des tentatives inutiles de réduction.

Le 23 (troisième jour commençant), M. Dupuytren annonça que l'étranglement était produit par le col du sac, fit remarquer que l'anneau était libre, et déduisit les raisons qui rendaient dans ce cas la réduction très difficile et à-peu-près impossible. L'opération confirma aussitôt ce jugement. Mais cette fois le col du sac était situé au-dessus de l'anneau, et il fallut, pour l'inciser, l'attirer fortement en bas. Il suffit de débrider dans un point. Une anse d'intestin, qui pouvait avoir de quatre à cinq pouces de long, et qui existait seule dans le sac, fut trouvée rouge, mais parfaitement saine, et réduite avec quelque peine, à cause des cris et de l'agitation du patient. Le col avait ici absolument la même apparence que dans le cas précédent.

Les vomissemens cessèrent, le cours des matières se

rétablit promptement. Tout alla bien jusqu'au septième jour. Le malade seulement se plaignait d'un peu de douleur au-dessus *de la lèvre supérieure de la plaie.* Le septième jour, survinrent des coliques, que le malade attribuait à des vents, et bientôt de la douleur à l'épigastre et des vomissemens de matières porracées. Le pouls était petit. On ordonna des lavemens et des fomentations émollientes. Les vomissemens continuèrent malgré l'emploi de l'eau de Sedlitz. L'état de Rousseau empira promptement. Il mourut le onzième jour après l'opération.

Autopsie. — Le péritoine était rouge et contenait à-peu-près une pinte et demi de sérosité floconneuse; çà et là quelques fausses membranes sur les circonvolutions. La portion d'intestin herniée, qui appartenait à l'iléon, est livide et presque noire. Elle est accollée à l'épiploon. Entre la hernie et la paroi abdominale, en arrière de la *lèvre supérieure de la plaie,* existe un petit foyer purulent circonscrit par des adhérences. Le col du sac offre la trace du débridement.

Obs. III.e — *Hernie inguinale congénitale du côté droit, étranglée, réduite; persistance de l'étranglement; on va chercher la hernie dans l'abdomen pour débrider; guérison.* — Il y a huit ans que Richard, Jean Louis, jeune homme de 27 ans, d'une constitution assez grêle, porte une hernie inguinale du côté droit, du volume d'un œuf, qui n'a jamais causé d'accidens, et qui était faiblement contenue par un bandage peu solide. Hier (9 décembre 1827), vers midi, Richard fit un faux pas dans un escalier, et de grands efforts pour se retenir dans sa chute. Sa hernie est ressortie, et elle a pris tout-à-coup un volume double. Coliques, maux de cœur, douleur à l'épigastre, vomissemens, constipation. Vers quatre heures du soir, taxis pratiqué par un médecin de la

ville, qui diminue le volume de la hernie. Le malade, un peu plus tard, en fit encore remonter une partie dans le canal. Les accidens continuent.

Le lendemain au soir seulement, (deuxième jour) Richard fut transporté à l'Hôtel-Dieu. La tumeur était fort dure, et quoiqu'elle eût diminué beaucoup, elle avait encore le volume d'un œuf. On ne fit point de tentatives pour la faire rentrer. Des sangsues furent appliquées sur l'abdomen, qui était fort douloureux, quelques-unes sur la hernie, et l'on fit prendre un bain. Pendant la nuit, Richard, après de nouveaux efforts, parvint à faire rentrer tout à fait la hernie. Le lendemain matin, il n'en existait d'autre vestige qu'*une sorte de rouleau qu'on sentait distinctement dans le canal inguinal, et qu'on pouvait même voir au travers des muscles.* Les hoquets et les vomituritions continuaient. M. Dupuytren pensa qu'il y avait étranglement au col, et que si les vomissemens ne cessaient pas dans la journée, il fallait opérer. On appliqua, en attendant, des sangsues, et l'on prescrivit encore un bain.

Les symptômes ne s'étant point amendés, le soir à six heures (troisième jour commençant), M. Sanson procéda à l'opération. La hernie n'ayant pu ressortir, on recommanda au malade de la faire bomber autant qu'il le pourrait, en pressant l'abdomen dans le voisinage et en retenant sa respiration. M. Sanson incisa transversalement sur la partie saillante, au niveau même de l'anneau, et parallèlement au canal. Après la division de la peau et des parties sous jacentes, il fallut diviser l'anneau largement et dans plusieurs sens, principalement en haut et en dehors, afin d'aller chercher la hernie qui restait à l'intérieur. On parvint enfin à l'attirer un peu au dehors. Le sac ouvert, on s'aperçut, par la présence du testicule, qu'on avait à faire à une hernie congénitale. Le collet du

sac étant très-haut, il fallut encore inciser le canal inguinal obliquement en haut et en dehors. Heureusement il n'y eut pas la moindre hémorrhagie. On arriva enfin sur le col, qui ne put être aperçu que dans une partie de son contour (toujours même apparence), et qui fut largement débridé, en introduisant le bistouri dans le sens du canal, au-dessous de la paroi abdominale, sous laquelle il remontait. L'intestin fut trouvé sain et réduit sans difficulté.

Le malade fut saigné deux heures après l'opération. Il se trouva promptement soulagé, et, à part quelques douleurs dans l'abdomen, qui cédèrent à deux applications de sangsues, il ne cessa pas de bien aller. Des végétations exubérantes, qui se formèrent sur la plaie, prolongèrent un peu son séjour. Il ne sortit que dans le courant de janvier. Mais depuis long-temps Richard pouvait être considéré comme guéri, et tout son mal se réduisait à une plaie simple.

Il y a dans cette observation, remarquable à tant d'égards, et surtout par la hardiesse et le succès de l'opération, une circonstance très-singulière, c'est celle d'une hernie inguinale congénitale survenue à l'âge de 19 ans; à moins que le malade ne se soit trompé, et que, dès long-temps, il eût porté dans les bourses, à son insçu, la hernie, alors peu volumineuse. Cela peut être. Je ferai seulement observer que le malade est fort intelligent, et paraît avoir beaucoup de soin de sa personne.

Obs. IV.[e] — *Hernie crurale droite étranglée; mort en arrivant; étranglement au col du sac constaté sur le cadavre.* — Un quatrième malade ne fut point examiné pendant la vie. Traité pendant quatre jours dans une salle de médecine, où l'on ne reconnut la maladie que dans les derniers momens, il fut amené le soir à la salle Saint-Bernard, tout-à-fait agonisant, et mourut pendant la nuit. (Touluir, entré le 20 juin).

Je ne l'ai cité que parce que sur son cadavre j'ai pu examiner de nouveau le col du sac épaissi, et offrant la forme valvulaire qui a été décrite précédemment; et je me suis convaincu que l'étranglement n'existait que là, l'anneau crural (car il s'agissait d'une hernie crurale) étant très-lâche et nullement serré sur les viscères, qui n'offraient de trace de constriction qu'au niveau du col.

Ce fait termine la série des exemples d'étranglement au col que j'ai observés à la salle Saint-Bernard. Ces faits sont peu nombreux, mais ils suffisent, je crois, pour confirmer en grande partie ce qui a été dit précédemment.

Quatre cas de ce genre, observés dans une année et dans une seule salle de chirurgie, prouvent, suivant moi, que la fréquence de cette espèce d'étranglement est beaucoup plus grande qu'on ne le pense généralement. Et comme il importe qu'il soit reconnu de bonne heure, on ne saurait trop s'appliquer à en éclaircir le diagnostic.

Enarthrite traumatique, ou inflammation de l'articulation scapulo-humérale à la suite d'une chute; observation recueillie et communiquée par le docteur FALLOT, *médecin de l'hôpital militaire de Namur, etc.*

Le 3 mai dernier, le nommé Seadic, milicien, d'une taille élancée, très-mince, d'un appareil musculaire grêle, fait une chute sur le coude droit, le bras étant un peu écarté du corps et porté en arrière. Il éprouve sur-le-champ une douleur vive à l'épaule, mais elle perd bientôt de la force, et pendant dix-huit jours il assiste aux exercices et accomplit le maniement d'armes. Alors le bras redevient tellement douloureux et ses mouvemens si gênés, qu'il est obligé d'entrer à l'hôpital

e 3 juin. A cette époque, la face présente un caractère particulier de souffrance, et les plaintes ont une expression profondément douloureuse; le teint est jaune, le malade est découragé, aspire après son pays, sa maison, ses parens. L'articulation scapulo-humérale droite est plus arrondie antérieurement que la gauche; les mouvemens sont rendus presque impossibles par la douleur qu'ils déterminent; la peau est généralement sèche et chaude, sans exaltation spéciale de la température à l'endroit douloureux; le pouls est dur et fréquent, la langue sèche et râpeuse, la soif vive. On fait une saignée générale, suivie d'une application de trente sangsues sur l'épaule, qu'on enveloppe ensuite d'un large cataplasme mucilagineux. Ce nonobstant, l'inflammation fait des progrès et s'étend à tout le bras, qui se durcit et se tuméfie. De nouvelles émissions sanguines, tant générales que locales, des cataplasmes, des bains, sont impuissans pour arrêter l'inflammation. Nuits agitées, rêvasseries, délire.

Le 12, fluctuation profonde à la partie antérieure de l'épaule, émission par le bistouri de plusieurs livres de pus crêmeux; l'abcès est placé sous le deltoïde et paraît fuser sous les muscles de l'aisselle; soulagement marqué après l'opération; le membre entier est modérément serré par un bandage expulsif arrosé d'acétate de plomb. Diminution de la chaleur et du volume, mais persistance du mouvement fébrile; nuit agitée, le malade rêvasse, mais dès qu'on le retire de son assoupissement, il répond juste et proteste toujours qu'il n'a plus de souffrances, allégation que l'altération des traits dément de la manière la plus formelle.

Le 14, apparition d'une énorme parotite à droite, rouge, chaude, dure; suppression de la suppuration; absence de toute chaleur; disparition de la rénitence,

qui a fait place à la flaccidité; pouls fréquent, faible, inégal; langue sèche, pulvérulente; soif modérée; les évacuations alvines, provoquées par des lavemens, sont dures et blanches; les urines passent avec conscience; crampes fréquentes dans les deux pieds. (*Eau froide sur la tête, cataplasmes chauds aux pieds, quinze sangsues sur la parotide, cataplasmes de farine de graine de lin autour du bras.*) Pendant la nuit, retour de la suppuration, diminution de la chaleur et de la douleur parotidienne; mais les rêvasseries continuent, la peau est brûlante, le pouls vif et fréquent, et pour la première fois on remarque de la toux avec un râle muqueux sous les clavicules.

Le 15, le pus est devenu plus louable, mais la quantité n'est pas en raison de l'étendue de l'abcès.

Le 16, journée et nuit également agitées; tentatives de se lever et de fuir afin de retourner chez lui. Cette idée est reproduite sous toute espèce de formes; la peau reste brûlante; le pouls vif et fréquent. Apparition de deux phlegmons au-dessus des rotules, et un autre plus considérable sur l'olécrâne gauche; on donne issue au pus des deux premiers, on lave tout le corps avec de l'eau tiède vinaigrée.

Le 17, convulsions, carpologie, odeur de souris, ventre tendu, pus ténu, fétide; crépitation à chaque mouvement imprimé à l'épaule; nouveau phlegmon au-dessus de la rotule gauche. (*Coutinuation des mêmes moyens.*)

Le 18, escarrhe coccygienne de la grandeur de six francs à droite; éruption miliaire sur le tronc; délire continuel, tremblement, carpologie, désir de manger. (*On entretient l'application de l'eau froide sur la tête, eau de gomme acidulée.* Pendant toute cette journée une sueur âcre ruisselle de toutes les parties du corps; la peau con-

serve sa chaleur mordicante, le pouls sa fréquence, la langue son âpreté.

Le 19, respiration haletante, haute; matité de son des deux côtés; pouls misérable; peau brûlante, moite; émission involontaire des selles et des urines; pus sanieux, verdâtre, fétide. La respiration s'embarrasse de plus en plus, et le malade meurt vers quatre heures du matin.

Nécroscopie douze heures après la mort, l'élévation de la température n'ayant pas permis de mettre un plus long intervalle.

Habitude extérieure. — Ventre ballonné, œdème de l'extrémité pelvienne droite.

Appareil sensitif. — Vaisseaux céphaliques et pie-mère très-injectés; sinus cérébraux gorgés de sang; substance cérébrale plus ferme que d'ordinaire. Destruction de la membrane dite du tympan à droite; déplacement des osselets de l'ouïe; dénudation et carie du promontoire.

Appareil respiratoire. — Poumons sains, crépitans; double pleurésie avec épanchement de sérosité jaunâtre trouble dans les deux cavités; à droite existent déjà quelques adhérences gélatineuses, et les plèvres sont couvertes de flocons de même nature.

Appareil circulatoire. — Cœur sain; peu de sérosité dans le péricarde; la veine basilique gauche, depuis le pli du coude jusqu'à sa réunion avec l'axillaire, contient du pus : sa membrane interne est enflammée.

Appareil locomoteur. — Résorption et disparition d'une grande portion du cartilage qui encroûte la tête de l'humérus droit, il en reste encore une portion en forme de bandelette le long de la grande tubérosité : on la voit aller en s'amincissant par degrés à mesure qu'elle s'avance davantage sur la tête. Le tissu osseux, dénudé, offre un aspect marbré; la portion qui répond à la cavité

glénoïde est rougeâtre, le reste bleu-ardoisé et rugueux; la capsule articulaire est détruite et ouverte à l'endroit où le tendon du sous-scapulaire se confond avec elle ; elle est profondément désorganisée sous le tendon de la longue portion du biceps; toute la surface interne de l'humérus, depuis l'insertion du coraco-brachial jusqu'à l'articulation, est dénudée et cariée; le périoste sous-jacent au deltoïde est épaissi et d'un vert noirâtre. Les faisceaux de ces muscles sont disséqués, et leurs intervalles remplis par une sanie noirâtre d'une puanteur insupportable, qui abreuve et imbibe également les tendons du grand et petit pectoral, du biceps, du coraco-brachial, du grand dorsal et grand rond, et les nerfs et vaisseaux qui rampent à l'intérieur du bras. Le tout a pris une teinte noirâtre; le cartilage de la cavité glénoïde est détruit en partie dans le milieu. Le paquet cellulo-adipeux et les glandes sous-axillaires sont gonflés, mous et faciles à déchirer. Dans le tissu cellulaire inter-musculaire de la région interne du bras, on trouve plusieurs petits phlegmons remplis de pus louable, n'ayant aucune communication ensemble. La tumeur, placée autour de l'articulation huméro-cubitale gauche, est formée par un dépôt purulent creusé dans le tissu cellulaire et communiquant avec l'articulation qui est ouverte postérieurement; l'apophyse olécrane est complètement séparée du cubitus, et la surface postérieure de cet os dénudée dans environ deux pouces d'étendue, la synoviale de l'articulation fémoro-tibiale droite est rosée, la synovie est très-abondante, épaisse, mêlée de flocons; le tissu fibro-celluleux sous-jacent est injecté. A gauche, ce liquide est abondant, oléagineux, jaune, mais sans flocons.

Appareil digestif. — Les plis de l'estomac sont rapprochés, très-saillans, injectés et rouges. Toute la portion inférieure de l'iléon est vivem ent enflammée.

Réflexions. — Dans la foule des lésions que l'autopsie a dévoilées, laquelle faut-il considérer comme primitive? Où faut-il placer le point de départ de tant de désordres? dans l'articulation scapulo-humérale, indubitablement. C'est l'énarthrite, suite du froissement violent de l'article produit par la chute, qu'on doit accuser comme la source de tous les maux. Concentrée d'abord dans des tissus peu excitables, peu extensibles, et admettant peu de sang rouge, l'inflammation n'a pas pu faire une explosion soudaine; elle a rampé sourdement, ne manifestant sa présence que par la gêne et la douleur des mouvemens, sans rougeur, sans exaltation sensible de température, et avec une tuméfaction peu notable; mais telles sont les lois invariables par lesquelles l'économie vivante est régie, que les affections irritatives portées à un certain degré, ne se bornent pas aux lieux où elles ont pris naissance, mais se propagent avec plus ou moins de rapidité, d'une part aux organes doués naturellement d'une vitalité prédominante, de l'autre aux tissus qui ont avec ceux primitivement affectés des conformités de texture et de fonctions. C'est par suite de ce premier mode d'extension, que, dans le fait qui nous occupe on voit le cœur, la muqueuse gastro-intestinale et le cerveau s'entreprendre, et la maladie se présenter avec tous les symptômes dont l'ensemble est décrit dans les nosologies sous le nom de fièvre ataxique ou nerveuse. *Traits du visage décomposés, égarement et trouble des fonctions de l'entendement, vertiges, air de consternation, pouls déprimé, irrégulier et très-fréquent, mouvemens convulsifs, haleine fétide, respiration laborieuse.* (J. Pinel). C'est au second qu'il faut attribuer l'olécranarthrite avec décollement de l'apophyse, la carie et la dénudation du cubitus à gauche, et la gonarthrite à droite. On pourrait donc ranger les effets de cette inflammation en deux séries, les *généraux* et les *locaux*, ou les *sympathiques* et les

idiopathiques. Les locaux ou idiopathiques seraient le pus sanieux, qui abreuve l'articulation et le système musculo-tendineux qui l'avoisine, la destruction de la synoviale dans un endroit et son épaississement dans un autre; la résorption d'une partie du cartilage de la tête de l'humérus et de la cavité glénoïde; car il est digne d'observation, qu'alors que les cartilages synarthrodiaux, les costaux, les laryngiens, le nasal s'ossifient sous l'influence d'un travail inflammatoire, les diarthrodiaux s'absorbent et disparaissent, circonstance qui doit faire reconnaître entre eux, malgré l'analogie de leur conformation extérieure, une grande différence dans leur vitalité. Remarquez qu'une portion de la tête de l'humérus était encore actuellement le siége de la fluxion sanguine; elle était rosée, tandis qu'une autre était en suppuration, cariée, bleuâtre, rugueuse, car la carie n'est bien certainement que la suppuration du tissu osseux. La dessiccation a fait disparaître la différence de couleur sur les pièces anatomiques, mais on y voit parfaitement celle qui existait dans le poli de la surface. La carie de l'humérus jusques vers l'insertion du coraco-brachial est due à la propagation de l'inflammation osseuse de cellule en cellule, et ne se serait pas arrêtée là, si la mort n'était venue y mettre un terme. Il importe de signaler l'influence des inflammations viscérales sur le travail de la pyogénie, et les variations que, dans sa quantité et sa qualité, le pus a éprouvées, suivant leur diminution ou leur recrudescence. Voyez la gastro-céphalite arrêter brusquement le travail inflammatoire dans le bras, la sécrétion du pus tarir, la chaleur disparaître et la rénitence faire place à la flaccidité. L'enchaînement de ces phénomènes ne peut être difficile à saisir pour tout physiologiste : il est nécessaire et inévitable d'après l'axiome *duobus laboribus*, etc. N'est-ce pas à cette même cause, savoir l'apparition d'une inflammation viscérale, que

sont dues presque toujours ces maladies graves connues sous le nom de *goutte remontée*, de *petite vérole rentrée*, de *lait répandu*, etc. Et que penser alors des préceptes tracés par les auteurs pour leur guérison, et qui consistent principalement dans l'administration des excitans les plus énergiques à l'intérieur. Il convient cependant de tenir compte du contact du liquide avec l'air et de son séjour dans des cavernes anfractueuses, deux circonstances très-favorables à sa détérioration.

Est-ce une simple coïncidence, ou existe-t-il des rapports de causalité entre l'inflammation articulaire et la double pleurésie? et dans la dernière hypothèse est-ce parce que la cavité droite était plus voisine du foyer inflammatoire, que la plèvre qui la tapisse a été plus tôt et plus vivement enflammée?

Je ne donnerai pas plus de développement à ces réflexions, que j'abandonne au jugement des lecteurs. Je me borne à déclarer avoir la conviction que, si le malade avait réclamé nos secours immédiatement après sa chute, le traitement antiphlogistique, qui, dans une période plus avancée de la maladie, a été infructueux, aurait produit les résultats les plus favorables, et prévenu, selon toute apparence, les suites fâcheuses de l'accident, en détruisant la cause prochaine de tout le désordre, *l'inflammation*.

On trouve dans un mémoire de M. le professeur Cruveilhier sur les maladies des articulations diarthrodiales, inséré dans le 4.e volume des *Archives générales de médecine*, une observation qui a la plus grande conformité avec celle qu'on vient de lire, excepté que c'est un cheval qui en fait le sujet.

MÉDECINE ÉTRANGÈRE.

Capacité des poumons dans l'état de santé et de maladie; par M. Herbst, *de Gottingue* (1).

Un grand nombre de physiologistes ont fait, à diverses époques, des expériences pour déterminer la quantité moyenne d'air qui entre dans les poumons de l'homme à chaque inspiration; mais, comme personne ne l'ignore, les résultats qu'ils ont obtenus présentent des différences si grandes, qu'il serait difficile de pouvoir les admettre comme exacts. Ces différences, indépendamment des erreurs d'observation et de l'emploi de mauvais instrumens pour mesurer le volume de l'air, peuvent dépendre de la méthode suivie par chacun des expérimentateurs, et des circonstances différentes dans lesquelles on a opéré. M. le docteur Herbst a donc cru devoir revenir sur ce point important, et tâcher de décider la question à l'aide de l'expérience.

L'auteur, dans le travail que nous avons sous les yeux, après avoir exposé avec soin les recherches de ses prédécesseurs, et les résultats qu'ils en ont déduits, rapporte en détail une nombreuse série d'expériences qui lui sont propres, et qu'il a faites, non-seulement sur l'homme adulte, mais encore sur des individus des deux sexes, d'âge et de constitution différens, dans l'état de santé et dans celui de maladie, et sur plusieurs espèces d'animaux. Nous ne le suivrons pas dans l'exposé de ces expériences; nous nous bornerons à mettre sous les yeux de nos lecteurs les résultats qu'il en a obtenus. Nous dirons seulement que l'appareil qu'il a employé de préférence

(1) *Archivs für Anatomie und Physiologie.* 1828.

pour ses recherches, est le *Pneumonomètre* de Kentish. Cet instrument, très-facile à manier et très-propre à donner la mesure exacte des quantités d'air inspirées et expirées, consiste en une cloche de verre graduée, munie à son sommet d'une garniture en cuivre, à laquelle est adapté un robinet destiné à ouvrir et à fermer la cloche, et auquel est fixé un tube de verre recourbé. La capacité de la cloche dont M. Herbst s'est servi étoit de 367 pouces cubes. Voici maintenant la manière d'employer cet instrument. On place la cloche dans un vase large à bords peu élevés, et contenant de l'eau; en inspirant par le tube, le robinet étant ouvert, l'eau monte dans la cloche; on ferme le robinet, et on mesure l'ascension du liquide; ce qu'il est facile de faire avec précision à l'aide de l'échelle graduée dont elle est munie. Pour mesurer la quantité d'air expiré, on fait monter l'eau dans la cloche jusqu'à une certaine hauteur, dont on prend note; on ferme le robinet; on fait ensuite une inspiration à l'air libre; puis on expire dans la cloche, après avoir ouvert le robinet qu'on referme aussitôt. La différence des niveaux donne le volume de l'air expiré. L'on peut également, à l'aide de cet appareil, apprécier la quantité d'air qui reste dans les poumons après la mort. On fait d'abord monter dans la cloche une certaine quantité d'eau, comme dans le cas précédent; on fixe ensuite à la trachée-artère du cadavre un tube de verre muni d'un robinet que l'on tient fermé; on enlève les poumons avec la trachée; on visse le tube fixé à ce canal à la garniture de la cloche, puis l'on ouvre les robinets. La pression de l'air extérieur sur les poumons chasse de ces organes tout l'air qui y était contenu, et le fait passer dans la cloche, d'où il chasse à son tour une certaine quantité d'eau. La différence du niveau de ce liquide, avant et après l'expérience, donne le volume que l'on cherche. L'auteur fait observer que,

dans les premières expériences qu'il fit avec cet instrument, l'étendue des inspirations a toujours été un peu moindre que dans l'état naturel, à cause de la pesanteur de l'eau qui monte dans la cloche pour remplacer l'air inspiré; mais il assure qu'après quelques tentatives, les différentes personnes qu'il a soumises à l'expérience ont promptement acquis l'habitude de respirer dans la cloche absolument comme à l'air libre et sans éprouver aucune fatigue. En outre, il a toujours eu soin de vérifier l'exactitude des résultats obtenus individuellement, en faisant faire aux personnes un nombre égal d'expirations dans la cloche préalablement remplie d'eau.

1.° *De la quantité d'air inspirée et expirée dans la respiration calme et naturelle.* — Dans la respiration ordinaire, les poumons sont dans un état intermédiaire entre l'expiration la plus forte et l'inspiration la plus profonde, c'est-à-dire que ce fluide n'en sort pas en totalité par une seule expiration, et qu'il faut plusieurs inspirations et expirations successives pour renouveller en entier la masse d'air contenue dans les poumons. M. Herbst conclut des expériences qu'il a faites pour savoir combien d'air s'introduit dans les poumons et en est chassé à chaque respiration complète, que, pour les hommes adultes bien portans et d'une taille ordinaire, cette quantité est de 20 à 25 pouces cubes, et que, pour ceux d'une petite taille, elle est seulement de 16 à 18 pouces cubes. Il fait observer que cette évaluation tient à-peu-près le milieu entre les plus petites qu'aient indiquées certains auteurs, et la plus grande, celle de Menzies, qui est de 40 pouces cubes. Il s'est assuré qu'on ne peut, sans de grands efforts, faire entrer dans les poumons cette dernière quantité pendant une suite d'inspirations et d'expirations successives,

2.° *Capacité des poumons chez l'homme sain.* —

Après avoir préalablement constaté quelle quantité d'air peut s'introduire dans les poumons, tant après une expiration ordinaire qu'après une inspiration calme, indépendamment du volume que contiennent ces organes dans la respiration ordinaire, l'auteur a recherché quelle quantité d'air les poumons peuvent admettre après une expiration aussi forte que possible, et quelle quantité ils peuvent expulser après une inspiration très-profonde.

A. *Résultats obtenus sur des hommes d'une taille ordinaire.* — 1.° Un homme de 22 ans, d'une force moyenne, inspira 160 pouces cubes d'air. 2.° Un autre, âgé de 23 ans, en inspira 173 p. c., et en expira 180; dans une seconde expérience, il en inspira 184 p. c., et en expira seulement 172 p. c.; enfin, dans une troisième expérience, il expira 183 p. c. 3.° Un jeune homme de 19 ans, très-délicat, à poitrine étroite, expira 90 p. c. 4.° Un autre, âgé de 16 ans, très-robuste, de la taille de cinq pieds deux pouces, expira 160 p. c. 5.° Un autre jeune homme, d'une taille et d'une force moyenne, inspira, une première fois, 182 p. c.; une seconde, 186, et expira 180 p. c. 6.° Enfin, un autre, âgé de 21 ans, de 5 pieds 8 pouces, très-robuste, et ayant la poitrine très-large, inspira 186 et 196 p. c., et en expira 190 p. c.

B. *Un vêtement serré gêne la respiration et diminue considérablement la capacité des poumons, comme le prouvent les expériences suivantes.* — 1.° Un homme de 20 ans, d'une force et d'une taille moyenne, serré dans ses habits, inspira, après une expiration ordinaire, 80 pouces cubes d'air, et, après s'être débarrassé de ses vêtemens, 106 p. c. 2.° Un autre, âgé de 21 ans, de cinq pieds huit pouces, robuste et à poitrine large, inspira, serré dans ses vêtemens, 50 p. c. après une inspiration ordinaire, et, dépouillé de ses habits, 96 p. c.; après une expiration forcée, il inspira, serré, 130 p. c., et nu, 190 p. c.

C. *La capacité des poumons est aussi beaucoup moindre dans les personnes d'une petite taille.* — 1.° Un homme de 23 ans, de 5 pieds 2 pouces, peu robuste, inspira, après une expiration ordinaire, 60 pouces cubes, et après une forte expiration, 144 pouces cubes. 2.° Un autre, âgé de 22 ans, d'une petite taille, d'une faible complexion, après une expiration ordinaire, inspira une première fois 70 p. c., et une seconde, 60 p. c.; après une forte expiration, il inspira d'abord 102 p. c. puis 118 p. c.; enfin, il expira, après une inspiration profonde, 120 p. c.

D. *Les personnes replètes, même lorsqu'elles semblent avoir une large poitrine, offrent souvent une capacité des poumons moindre que dans l'état normal* — 1.° Un homme de 27 ans, de 5 pieds 5 pouces, bien constitué et replet, inspira 100 p. c. après une expiration ordinaire, 138 p. c. après une expiration forcée, et expira 140 p. c. après une inspiration forcée. 2.° Un autre, âgé de 30 ans, d'une taille ordinaire, robuste, mais très-corpulent, inspira, après une expiration ordinaire, 80 p. c.; après une expiration forcée, 140 p. c., et expira la même quantité après une profonde inspiration.

E. *Les personnes d'une très-grande taille introduisent dans leurs poumons une plus grande quantité d'air; mais ce résultat ne tient pas seulement à la grandeur totale du corps, il est aussi en rapport intime avec la capacité de la poitrine et avec la force musculaire.* — 1.° Un homme de 23 ans, haut de 6 pieds, à poitrine large, et fortement musclé, inspira, après une expiration préalable, 100 p. c., et après une forte expiration, 232 p. c. 2.° Un autre, âgé de 25 ans, d'une très-grande taille et très-robuste, inspira 140 p. c. après une simple expiration; après une expiration forcée, 240 p. c., et expira, après une profonde inspiration, 244 p. c.

F. *Comme il est naturel de le penser, la capacité des poumons est beaucoup moindre comparativement chez les enfans que chez les adultes.*—Un garçon de 12 ans, de petite taille, mais très-fort, inspira, après une expiration forcée, 96 p. c., et expira la même quantité après une inspiration profonde. 2.° Un autre garçon, moins robuste, âgé de 11 ans, inspira 30 p. c. sans expiration préalable, 70 p. c. après une expiration forcée, et expira 70 p. c. après une inspiration forcée. 3.° Un troisième enfant de 13 ans, moins fort que les précédens, inspira 96 p. c. après une expiration très-profonde.

G. *Chez les femmes, la capacité des organes respiratoires est comparativement moindre que chez les hommes.* — 1.° Une fille, âgée de 18 ans, assez grande, mais peu forte, inspira, sans expiration préalable, 46 p. c. d'air, après une expiration forcée, 98 p. c., et après une profonde inspiration, en expira 106 p. c. 2.° Une autre fille de 19 ans, d'une taille moyenne et assez robuste, inspira, sans expiration préalable, 60 p. c., après une profonde expiration, 115 p. c., et après une inspiration forcée, expira 120 p. c. 3.° Une femme robuste, âgée de 31 ans, expira, sans expiration préalable, 60 p. c., et 130 après une expiration forcée. 4.° Une autre femme de 41 ans, bien constituée, expira, sans expiration préalable, 60 p. c., et 140 après avoir expiré profondément.

H. *Quant à la capacité des poumons dans l'état de maladie, il est facile de prévoir que la différence en moins doit être considérable; les expériences suivantes ne laissent aucun doute à cet égurd.* — 1.° Un jeune homme de 19 ans, grand, fluet, malade depuis sept mois d'une affection de poitrine, inspira, sans expiration préalable, 30 p. c. d'air seulement, et 90 p. c. après une expiration forcée. 2.° Un homme de 44 ans, d'une taille moyenne, attaqué d'une angine de poitrine ancienne,

inspira, sans expiration préalable, 55 p. c., après une expiration forcée, 96 p. c., et expira 110 p. c. après une profonde inspiration. 3.° Un autre homme de 36 ans, atteint d'une phthisie confirmée, inspira, après la plus forte expiration, 42 p. c. seulement. 4.° Enfin, une fille, âgée de 21 ans, d'une faible constitution, présentant des signes de phthisie, qui disparurent par la suite, inspira, sans expiration préalable, 26 p. c., après une expiration forcée, 46 p. c., et expira 50 p. c. après une inspiration aussi profonde que possible.

I. *Chez les animaux, la capacité des poumons est plus grande que chez l'homme, comparativement au poids du corps. Ainsi M. Herbst a constaté que :* Les poumons des *chats* adultes contiennent de 20 à 24 p. c.; ceux d'un *chien* pesant 12 livres, 38 p. c.; d'un gros *chien* pesant 35 livres, 75 à 90 p. c.; d'un *chat* de 4 mois, 9 p. c.; d'un *chien* de 5 semaines, 4 p. c.; d'un *chien* de six semaines, 6 p. c.; d'un *chien* de 7 semaines, 7 p. c.

Des faits contenus dans la deuxième partie de son mémoire dont nous venons d'exposer les résultats, M. Herbst admettant, avec Humphrey Davy, qu'après la plus forte expiration, il reste encore dans les poumons environ 40 pouces cubes d'air, conclut que la capacité totale de ces organes dans l'homme adulte varie entre 220 et 280, dont le terme moyen est environ 250, en faisant toutefois entrer dans cette évaluation les 40 pouces cubes qu'il admet rester dans les poumons.

Traitement du trichiasis par l'application de la potasse caustique; par le docteur G. SOLERA (1).

En 1820, le docteur Solera fit connaître un procédé

(1) *Annali universali di Med.*, août 1829.

très-simple à l'aide duquel, après avoir coulé la potasse caustique (pierre à cautère) dans de petits cylindres creux de diverses dimensions, il enduisait chaque crayon ainsi moulé d'une couche de gomme laque, ou de cire d'Espagne (2). La pierre à cautère, préparée de cette manière, peut être appliquée de telle sorte qu'on borne son action à volonté, bien différente en cela des pâtes caustiques de Cornum et de l'acide sulfurique conseillé par Helling. La potasse caustique ainsi enveloppée n'agit qu'en raison directe de l'étendue de son contact avec la peau; en sorte qu'en enlevant la couche de vernis, soit à l'extrémité seulement du crayon, soit suivant sa longueur, on opère une cautérisation bornée à un point, ou suivant une ligne plus ou moins longue. Du reste, la forme et la profondeur de l'escarrhe résultent du degré de grosseur du crayon, de la portion qui est mise à découvert, et de la durée de l'application du caustique. Sur la peau, cette escarrhe est solide, et il n'est pas besoin de topique autre qu'une compresse imbibée d'eau acidulée de vinaigre dans le commencement. Cette cautérisation ainsi bornée n'est pas très-douloureuse, et n'est point suivie, comme celle que produit l'acide sulfurique, d'une inflammation souvent très-forte. En outre, on peut sans danger la réitérer plusieurs fois, sans que le malade en soit incommodé de manière à suspendre ses occupations.

Pour la cautérisation de la paupière et des bulbes ciliaires, on choisit les cylindres de potasse les moins gros. On en prépare deux ou trois afin de ne pas suspendre l'opération dans le cas où celui qu'on emploie d'abord

(1) Il serait à désirer que le docteur Solera décrivît de nouveau son procédé, ou qu'il indiquât l'ouvrage dans lequel il l'a consigné; aucun journal français, que je sache, n'en a fait mention jusqu'à présent. (*Le trad.*)

viendrait à se rompre ou à se liquéfier trop rapidement. On taille chacun d'eux comme un crayon, en découvrant une demi-ligne ou un quart de ligne de caustique, et quelquefois moins; on relève ou on abaisse la paupière affectée de trichiasis, suivant qu'il s'agit de l'inférieure ou de la supérieure, avec l'indicateur de la main gauche, et avec la droite on applique l'extrémité amincie du crayon caustique sur la peau de la paupière, à une ligne environ de son bord libre, et parallèlement à sa direction; l'étendue de la cautérisation est déterminé par le nombre des cils déviés ou par le degré de relâchement de la paupière. Un aide essuye la peau avec un peu de charpie à mesure qu'elle a été cautérisée : cette précaution ne doit pas être négligée, parce qu'un mouvement involontaire des paupières pourrait entraîner quelques particules du caustique sur l'œil ou sur l'autre paupière. Trois ou quatre cautérisations semblables produisent sur la peau une plaie superficielle, qu'il suffit de cautériser ensuite autant de fois pour mettre à découvert les bulbes des cils qui paraissent sous la forme de filets noirâtres qui traversent l'escarrhe. L'apparition de ces petits filamens annonce qu'il faut suspendre les cautérisations, à moins qu'on ait l'intention d'intéresser la surface du cartilage tarse. Après avoir essuyé la paupière avec soin, on la couvre d'une compresse imbibée d'eau-vinaigrée, qu'on renouvelle de temps en temps pendant quelques heures après l'opération, et le lendemain on laisse l'œil à découvert.

Si le trichiasis résulte d'un relâchement considérable des paupières et du tissu cellulaire sous-cutané, on produit une escarrhe moins profonde, mais plus large. Dans quelques cas, on voit l'escarrhe se dessécher en peu d'instans, la peau se contracter, et le malade éprouve immédiatement un soulagement complet, autant par la dispa-

rition rapide de la douleur causée par le caustique que par le renversement que les cils éprouvent bientôt dans le sens opposé à leur déviation. Presque constamment l'escarrhe se détache du septième au huitième jour sans qu'il ait été nécessaire jusque là d'employer aucun topique sur la paupière. Chez aucun des malades qu'il a opérés de cette manière, le docteur Solera n'a observé d'inflammation secondaire bien vive, ou tout autre accident. La cicatrisation de la peau s'opère assez ordinairement au-dessous de l'escarrhe, à mesure que celle-ci se détache. Si la cautérisation a été faite plus profondément, on voit se détacher avec l'escarrhe les bulbes des cils déviés. Il faut toujours avoir soin de ne pas appliquer la potasse trop près du bord libre de la paupière, dans la crainte que l'action du caustique ne s'étende jusqu'à ce bord, et ne produise quelque cicatrice difforme. On évitera constamment cet inconvénient, ajoute le docteur Solera, puisqu'on peut limiter à volonté la cautérisation en se servant des cylindres de potasse les moins gros, en n'enlevant que peu du vernis qui les recouvre, et en ne prolongeant pas trop leur contact avec la peau. Les observations suivantes prouvent les avantages réels que présente ce mode de traitement dans los différentes espèces de trichiasis.

Obs. I.re — M. Louis Ceratelli, à la suite d'une ophthalmie catarrhale, avait été affecté d'un engorgement des paupières supérieures qui avait déterminé un trichiasis. On avait pratiqué non-seulement sans succès l'excision d'une partie de la peau des paupières, mais l'inflammation qui avait suivi l'opération avait augmenté la déviation des cils, et produit un commencement d'adhérence entre la conjonctive oculaire et la conjonctive palpébrale, ensorte que l'ouverture des paupières était notablement rétrécie. Le malade ne pouvait plus distinguer les objets. Dans cet état, il consulte le docteur Solera, qui détruit d'abord

les adhérences accidentelles formées entre l'œil et les paupières, et incise légèrement leur commissure externe; ces diverses opérations ne furent suivies d'aucune inflammation bien vive. Quelques jours après, on appliqua le caustique : la douleur fut très-aiguë, mais au bout de huit jours les paupières avaient changé de direction, et avec elles les cils, qui se portèrent dès-lors en dehors. Quelques-uns seulement conservant une direction vicieuse, la cautérisation fut renouvellée, et ils cessèrent bientôt de se porter contre le globe de l'œil. Le malade, qui était professeur à Mantoue, put reprendre ses travaux habituels, en recouvrant la netteté première de sa vue.

Obs. II.ᵉ Gaetana Casartelli, âgée de 23 ans, avait eu la variole à deux ans; l'ophthalmie variolique altéra la paupière supérieure de l'œil droit de telle sorte, qu'il en résulta un trichiasis partiel. On voyait à l'angle interne de l'œil, à peu de distance l'un de l'autre, deux grouppes de cils dirigés contre le globe de l'œil qui était constamment enflammé; cette phlegmasie avait produit à la longue une opacité partielle de la cornée transparente. Depuis long-temps on avait proposé à la malade de l'opérer; mais l'idée seule des instrumens tranchans l'en avait toujours détournée. Le traitement par la cautérisation lui inspirant au contraire toute confiance, le docteur Solera l'opéra le 10 juin dernier. Le caustique fut appliqué dans l'étendue de 3 lignes environ, et laissé en place quelques secondes. La malade éprouva momentanément une douleur vive, qui diminua beaucoup au bout de quelques minutes, et lui permit de vaquer à ses occupations le reste de la journée. La nuit fut très-calme; la malade dormit paisiblement, ce qui n'avait pas lieu depuis longtemps par suite de l'ophthalmie chronique de l'œil affecté de trichiasis. Dix jours après l'opération, l'escarrhe se

détacha, la peau se cicatrisa rapidement, les bulbes des cils déviés tombèrent, et amenèrent une guérison qui ne s'est pas démentie.

Obs. III.e M.me Angiola Viani, de Quistello, province de Mantoue, fut affectée, à la suite d'une pleurésie aiguë, d'un œdème de la face qui gonfla singulièrement les paupières inférieures, et causa le renversement total des cartilages tarses en dedans. Une ophthalmie fut la conséquence de cet accident, et tourmenta la malade pendant deux ou trois ans, sans lui laisser aucun repos la nuit comme le jour. Le docteur Solera fit une cautérisation sur l'une et l'autre paupières; les escarrhes commencèrent à se détacher au bout de quelques jours; les plaies résultant de leur chute se cicatrisèrent peu à peu, et ramenèrent insensiblement le bord libre des paupières dans sa direction naturelle. Ainsi, une maladie fort douloureuse, durant depuis plusieurs années, fut guérie complètement dans l'espace de huit ou dix jours.

Obs. IV.e Louis Bianchi était affecté depuis beaucoup d'années d'une ophthalmie catarrhale qui avait déterminé le développement d'un grand nombre de cils accidentels qui se dirigeaient vers la face interne du bord libre de la paupière supérieure du côté droit. Deux cautérisations linéaires et successives ont suffi pour détruire les bulbes des cils déviés, et faire cesser les douleurs continuelles qu'éprouvait ce malade. L'œil, habituellement enflammé, restait encore très-rouge au moment où le docteur Solera transmettait ce fait; mais tout annonce que cette injection capillaire disparaîtra progressivement.

REVUE GÉNÉRALE.

Anatomie et Physiologie.

SUR LA STRUCTURE DE LA MEMBRANE INTERNE DES ARTÈRES. — *Par le docteur C. Ed. Letierce, de Péronne.* — Les observations et les expériences de l'auteur confirment l'opinion suivant laquelle on assimile la membrane interne des artères aux membranes séreuses : nous ne citerons ici qu'une partie de ses observations. Pour reconnaître l'identité de nature qui existe entre la membrane vasculaire générale et les membranes séreuses, laissez macérer cette membrane avec d'autres tissus : quand les autres parties sont détruites depuis long-temps, celle-ci commence à peine à s'altérer, et l'on voit sa résistance à la putréfaction être la même que celle que présentent les membranes séreuses. La soumet-on à l'ébullition, on retrouve encore la même analogie : elle est la dernière qui se ramollisse et se dissolve. Parmi les expériences de ce genre que l'auteur a faites, nous citerons la suivante. Dans le but de chercher à distinguer les fibres de la membrane moyenne en employant le tanin, plusieurs portions d'artères furent mises en contact avec de l'eau bouillante contenant du quinquina concassé : ces portions d'artères se resserrèrent fortement et présentèrent, à l'intérieur de leurs cavités, des plis uniquement formés par la membrane interne, qui semblait froncée par suite de la rétraction de la membrane moyenne. Ces tubes artériels furent alors retournés sur eux-mêmes, de manière à ce que la membrane interne devînt extérieure. Dès qu'on les eut de nouveau plongés dans la décoction de quinquina, la membrane interne devint saillante, d'une couleur blanche, tandis que les membranes moyenne et externe ou celluleuse prirent la teinte du liquide dans lequel elles plongeaient. Cette expérience, qui peut faciliter l'isolement de la membrane interne, rend aussi plus sensible son degré de résistance à la dissolution par l'ébullition. Comme les membranes séreuses, le feuillet interne des vaisseaux est charbonné ou durci par le contact des acides, et gonflé, puis ramolli par l'action des alcalis.

Quant aux rapports des vaisseaux avec la membrane interne des artères, voici ce que M. Letierce a observé. Sur les fœtus d'environ sept mois, les vaisseaux propres des artères (*vasa vasorum*) paraissent être dans une connexion plus immédiate avec la tunique interne; ils forment çà et là derrière elle quelques arborisations assez

prononcées, mais dans des points isolés, et qui partent excentriquement à la manière des vaisseaux du placenta. L'auteur a plusieurs fois observé cette forme d'injection sur la crosse de l'aorte chez des fœtus à terme morts par asphyxie, ou qui avaient langui quelque temps. Pour mieux distinguer cette injection vasculaire, on fait macérer ces artères pendant quelque temps, après avoir poussé du sérum ou de l'huile de lin colorée dans une des branches qui partent ordinairement des premières intercostales pour se rendre dans les tuniques de l'aorte. En pressant ensuite légèrement le vaisseau injecté avec le doigt, on fait passer successivement le liquide coloré dans les ramifications les plus ténues. Quand l'injection a réussi, en enlevant avec précaution les couches extérieures du vaisseau, on voit les ramuscules devenant de plus en rares, et finissant par s'arrêter à la surface externe du feuillet fibro-celluleux de la tunique interne où ils se rendent isolément en affectant la forme placentaire. M. Letierce n'a jamais pu réussir à faire passer l'injection à travers la membrane interne de l'artère : quelquefois la matière de l'injection vient soulever légèrement cette membrane en s'épanchant au-dessous de sa face externe. Ce fait ne concourrait-il pas à expliquer la formation des ecchymoses qu'on a observées dans les parois des artères ? M. Letierce examine ensuite comparativement les altérations de texture de la membrane interne des artères et des membranes séreuses, et trouve dans ce rapprochement de nouvelles preuves de l'identité d'organisation de ces membranes avec celles des artères. (*Essai sur quelques points d'anatomie et de physiologie médicale et chirurgicale de la membrane interne des artères.* Thèse inaug., Paris, août 1829.)

Absence congénitale de l'iris sans perte de la faculté visuelle. — *Par M. Behr.* — Le cas qui va nous occuper est une des anomalies organiques les plus rares et les plus singulières. Plusieurs personnes ont même douté qu'on l'ait jamais rencontré. Cependant on possède aujourd'hui des faits, peu nombreux à la vérité, qui ne laissent aucun doute sur sa réalité. L'observation de M. Behr, que nous allons rapporter succinctement, vient encore confirmer cette opinion.

Caroline Schwabe, née en 1826, montra, dès les premiers jours après sa naissance, une telle sensibilité des yeux à la lumière, qu'elle poussait des cris aigus aussitôt qu'on l'y exposait. Sa mère, ayant examiné ces organes, n'y vit rien d'extraordinaire, si ce n'est qu'ils étaient d'un noir mat. Au mois de mai 1827, le docteur Behr reconnut que l'iris manquait absolument, et que d'ailleurs les yeux n'offraient aucune autre anomalie, si ce n'est que la cornée paraissait plus convexe que de coutume; que les paupières supérieures étaient épaisses et renflées, et les sourcils, à peine marqués, couverts de

poils blonds d'une grande finesse. Peu à peu la lumière devint plus supportable; cependant les yeux restèrent très-mobiles et agités de mouvemens irréguliers. En septembre 1828, l'enfant avait acquis la taille et les forces habituelles de son âge; elle pouvait fixer son regard, et alors on apercevait distinctement la sclérotique qui avait une teinte bleuâtre, et l'immense pupille qui était d'un noir foncé. Si l'on plaçait l'enfant au fond d'une chambre peu éclairée, et qu'on fît arriver sur ses yeux des rayons de lumière, ces organes présentaient alors une sorte de lueur rougeâtre qui lui donnait l'aspect de rubis lumineux, ou d'un charbon ardent. La vision ne paraissait nullement altérée; toutefois la petite fille semblait se trouver beaucoup mieux pendant le crépuscule; c'était alors qu'elle se montrait vive et enjouée. Elle voyait assez bien dans une obscurité presque complète. Les couleurs les plus vives, comme le rouge et le jaune, étaient celles qu'elle aimait le mieux. Lorsqu'elle voulait examiner de petits objets, elle les plaçait très-près de ses yeux, mais toujours au-dessous de l'axe visuel. Ce qui lui était le plus désagréable, c'était de regarder en haut, surtout à une lumière un peu vive. Les autres sens étaient absolument dans l'état normal, et même l'ouïe était remarquablement fine. (*Litter. Annalen der gesammte Heilkunde*, avril 1829.)

Pathologie.

Paralysie passagère, perte de la mémoire. — *Observation communiquée par M. Duquesnel, D. M. à Beaumont sur Oise.* — Auguste Toleking, maçon, âgé d'environ 25 ans, marié depuis huit jours, d'une constitution assez robuste et d'un tempérament sanguin, avait eu, en 1823, une pneumonie double, pendant laquelle survinrent les premiers symptômes d'une hypertrophie du cœur, qui n'a fait depuis que peu de progrès. A diverses époques il fut atteint de catarrhe pulmonaire et de légères gastrites, accompagnées de vives douleurs à l'épigastre. Le 29 juin 1829, et par une chaleur modérée, il revint de Senlis à Royaumont couché sur de la chaux dont sa voiture était chargée. Ce voyage ne lui causa aucune incommodité. Le lendemain, 30 juin, il ne se plaignait que d'une toux rare et légère (il avait depuis plusieurs jours un catarrhe peu intense). Vers les deux heures de l'après-midi, il ressentit tout-à-coup, en mangeant, une douleur très-vive dans le masséter gauche et l'articulation de la mâchoire du même côté, et entendit une espèce de craquement dans ces parties. Cette douleur s'étendit en peu de temps sur tout le côté correspondant de la tête et du cou. Alors survinrent des étourdissemens, des éblouissemens, des bourdonnemens d'oreilles, de la difficulté dans la prononciation. Il quitta la table et se mit au lit, où

je le vis à cinq heures dans l'état suivant : face rouge, fortement injectée; yeux brillans, pupilles mobiles; regard étonné, un peu hagard; intégrité de la vision; bouche sans déviation; état naturel de la langue; pouls lent et plein, offrant une intermittence après trois ou quatre pulsations; douleur vive dans tout le côté gauche de la tête et du col, augmentant par le toucher, surtout à la région massétérienne, qui présente un peu de gonflement. Paralysie incomplète de tout le côté droit; impossibilité de faire exécuter aucun mouvement volontaire aux membres de ce côté; en pinçant fortement ces parties, on y développe de la sensibilité, et l'on y aperçoit un léger mouvement. Après avoir bien constaté tous ces symptômes, je me retirai dans une chambre voisine, où, à ma grande surprise, je vis bientôt arriver le malade, marchant seul et sans aide, le bras droit pendant, et sans traîner la jambe droite. Il se mit dans un lit qui était dans cette chambre, et là, examiné de nouveau, il présenta exactement les mêmes symptômes que précédemment; seulement le membre abdominal droit avait recouvré un peu de ses mouvemens; de plus, Toleking éprouvait une grande difficulté de la prononciation, et ne pouvait répondre aux questions qu'on lui adressait, et que, d'ailleurs il comprenait très-bien, que par les monosyllabes *oui*, *non*, *bon*, *bien*, *ne*, *pas*, et par ces mots, *je n'peux*, *je n'peux bien*, *je ne*, qu'il répétait souvent malgré lui et mal-à-propos, quoiqu'il sût bien ce qu'il fallait répondre. Quelques heures après, les membres droits avaient recouvré leurs mouvemens, et la parole devint un peu plus libre. (*Huit sangsues sous chaque oreille; compresses froides sur la tête; pédiluves irritans; sinapismes aux jambes; lavemens avec sulfate de soude* ℥ ß; *cataplasme émollient sur la région massétérienne.*) Le 1.er juillet, le malade avait bien dormi, beaucoup de sang s'était écoulé par les piqûres de sangsues, évacuations alvines abondantes. Face moins rouge, yeux moins hagards, tendance à l'assoupissement; mêmes bourdonnemens d'oreilles, diminution de la douleur, nulle trace de paralysie, prononciation plus libre, mais le malade ne pouvait articuler que les mots déjà cités. (*Même prescription.*) Le 2 juillet, je trouvai le malade levé, se promenant comme en parfaite santé; mais la difficulté de la parole, ou plutôt l'oubli des mots, n'avait pas beaucoup diminué. Avait-il un livre en main, il lisait couramment à haute voix, et sans balbutier, mais il ne pouvait, malgré tous ses efforts, répéter plus de deux ou trois mots d'une phrase, même très-courte, qu'il venait d'entendre. Avec un peu de temps, il pouvait faire une addition sur le papier, mais il ne l'aurait pu de mémoire. Accoutumé à chanter tous les soirs, il ne se rappelait pas un seul mot de ses chansons les plus habituelles. Cet état se dissipa peu à peu, et au commencement d'août, il ne restait plus qu'un peu de faiblesse de la mémoire.

HÉMIPLÉGIE DU SENTIMENT SANS LÉSION DU MOUVEMENT. — *Observ. par M. Le Sauvage, docteur-médecin à Caen.* — « Malgré les recherches multipliées des physiologistes modernes, et les expériences ingénieuses qui ont été tentées pour éclairer le mécanisme des fonctions du système nerveux, nous sommes encore loin de connaître quelles parties de l'encéphale sont le siége exclusif de la sensibilité et de la détermination du mouvement. Cependant, les observations de la nature de celles que je vais vous communiquer, quoique peu nombreuses, indiquent positivement que ces facultés sont tout-à-fait isolées. Mais la divergence qui existe encore sur ce point entre les opinions de MM. Magendie, Foville, Pinel-Grandchamp, Dugès et autres, fait assez connaître que la question, pour être complètement décidée, a besoin de nouveaux secours de la physiologie expérimentale et de la pathologie.

« L'observation suivante offre un exemple bien remarquable de la possibilité d'une lésion du sentiment sans que les facultés locomotrices y participent le moins du monde.

« M. Auguste Loriot, âgé de 73 ans, bien constitué, jouissait habituellement d'une bonne santé, qu'il devait au séjour à la campagne, à des exercices modérés, etc. : seulement il avait ressenti, depuis quinze jours, quelques étourdissemens, lorsque, le 10 mars 1828, étant à une distance d'environ cinquante pas de chez lui, il éprouva subitement un engourdissement dans tout le membre inférieur gauche. Il lui sembla que le pied s'enfonçait profondément, et il saisit vivement sa cuisse à deux mains comme pour l'empêcher de s'abîmer dans le sol. Presqu'au même instant, l'engourdissement s'étendit à tout le côté gauche du corps. Effrayé de cet état insolite, il s'empressa de regagner sa demeure, et il parcourut avec assez de facilité la distance qu'il avait à franchir.

« Le lendemain, je fus mandé près du malade, que je trouvai dans l'état suivant : les facultés intellectuelles n'avaient reçu aucune atteinte; les battemens du pouls offraient à-peu-près la même intensité des deux côtés du corps; il pouvait marcher, agiter son bras, et saisir les objets avec sa main sans difficulté : seulement l'élévation du bras par l'action du deltoïde était un peu limitée; mais il n'avait nullement la conscience des mouvemens qu'il exécutait, ni de l'impression des corps qu'il touchait. La peau de tout le côté gauche du corps était absolument insensible; on pouvait la pincer et la piquer assez fortement sans qu'il en ressentît aucune douleur, et même sans qu'il s'en doutât.

« A la partie antérieure du corps, la ligne médiane n'était pas la limite précise des parties sensibles. Du côté gauche la peau était encore facilement impressionnable dans une étendue d'environ un

pouce de cette ligne; au-delà, de ce point, elle était complètement insensible. Du côté affecté, la vue et l'ouïe ne participaient nullement à l'altération; mais l'odorat et le goût étaient anéantis. Je pouvais humecter, avec de fort vinaigre, la moitié gauche de la langue, sans que le malade en ressentît la moindre impression; tandis que la saveur du liquide était vivement perçue par l'autre moitié de l'organe. Des odeurs fortes, placées sous la narine du côté malade, n'étaient pas senties, excepté lorsque M. Loriot faisait une inspiration profonde; mais c'est qu'alors les molécules odorantes parvenaient à la narine droite par l'ouverture postérieure des fosses nasales. Lorsque je plaçais la main en travers sur sa tête, le malade ne sentait que la portion qui appuyait sur la moitié droite, etc.

« Telles sont les principales remarques que j'aie pu faire sur l'état du malade, auquel d'ailleurs je n'ai fait que deux visites dans les premiers jours de son affection, qui a résisté opiniatrément à toutes les méthodes de traitement.

« J'ai revu le malade quelques mois après l'accident. Il avait repris ses occupations habituelles : pendant quelque temps il a ressenti parfois, dans le côté hémiplégique, des douleurs sourdes, mais passagères. Il peut s'en servir sans difficulté; cependant leurs mouvemens s'enchaînent avec une sorte de lenteur qui ne se montre pas dans ceux du côté opposé. Du reste, la constitution de M. Loriot n'a éprouvé aucune altération sensible. (*Extrait d'une lettre particulière.*)

Hémorrhagie de la moelle épinière. — Raucourt, d'un tempérament sanguin, d'une constitution robuste, fut pris tout-à-coup, le 5 juillet 1829, à la suite d'une grande sueur, d'un frisson violent avec douleurs dans le dos et les reins, le long de la colonne vertébrale. Le membre inférieur gauche perdit la sensibilité, le droit le mouvement. La vessie et le rectum furent frappés de paralysie. Le malade fut transporté à l'Hôtel-Dieu le 11 juillet. Le lendemain 12, à huit heures du matin, il était couché sur le dos, le membre droit demi-fléchi, un peu œdémateux, le gauche dans l'extension. Ventre volumineux, distendu par l'ampliation de la vessie qui n'avait pas été vidée depuis quatre jours. L'insensibilité de la peau, complète au membre inférieur gauche, s'étendait, mais à un moindre degré, jusqu'auprès du mamelon du même côté. Chaleur normale de la peau; pouls régulier; langue humide, un peu blanche. La vessie fut vidée au moyen de la sonde. L'urine était limpide, légèrement colorée en jaune rougeâtre. (*Limonade*, *lavemens émolliens.*) Le 14, lavement purgatif qui donne lieu à d'abondantes évacuations. Les jours suivans on fait appliquer des moxas sur les côtés de la colonne vertébrale; nul changement dans l'état du malade. Le 20, il

éprouve, quand il se lève sur son séant, une douleur violente dans la région lombaire, particulièrement sur la ligne médiane. Le 21, ces douleurs sont encore plus vives. Les urines sont mêlées de sang. Cet état s'aggrave de jour en jour. A partir du 27, le pouls est fréquent; un état adynamique se déclare; les urines sont purulentes; des escarrhes énormes surviennent sous les trochanters et le sacrum; la paralysie augmente en remontant; la respiration s'embarrasse, et, après une agonie de trois jours, le malade meurt le 10 août, à dix heures du soir.

Autopsie quarante heures après la mort. — Peu de raideur cadavérique, chairs flasques, putréfaction avancée à l'hypogastre et aux lombes. On voit, dans cette dernière région, les larges escarrhes qui ont succédé aux moxas, et plus bas celles qui sont survenues spontanément; elles ont une couleur noire foncée. Les muscles sous-jacens sont mollasses, bruns, noirâtres, et s'écrasent facilement. Les veines rachidiennes sont gorgées d'un sang liquide, brunâtre, mêlé de gaz. Cerveau sain. La moelle épinière offre en avant, le long du sillon antérieur, une coloration d'un rouge bleuâtre à l'extérieur, commençant à un demi-pouce environ au-dessous du bulbe supérieur, et visible seulement quand on écarte légèrement les deux cordons. Cette coloration, peu distincte à son origine, le devient graduellement davantage au niveau de l'origine des derniers nerfs dorsaux; aussitôt après l'incision de la membrane propre pour écarter les cordons, on vit une bouillie rouge brunâtre qui remplissait le centre de la moelle, et était en quantité moindre dans le sillon. De plus, vis-à-vis des veines, soit antérieures, soit postérieures, la membrane propre offrait, dans une étendue d'un pouce et demi, une coloration grise noirâtre non uniforme, due à la situation superficielle de la matière qui remplissait le centre de la moelle. Celle-ci, dans ce point, était fort molle. L'altération allait ensuite en diminuant jusqu'au commencement du bulbe inférieur. Un examen attentif montra que l'épanchement de sang s'était opéré dans la substance grise centrale, et qu'il était partout assez exactement borné à cette substance. L'arachnoïde qui recouvrait la partie inférieure et antérieure de la moelle avait une couleur verdâtre, due à l'infiltration dans le tissu cellulaire, d'un liquide de cette couleur, produit par une inflammation bornée à ce point. L'estomac offrait des traces légères de phlegmasie autour du cardia. La rate, adhérente à l'estomac et au diaphragme par une fausse membrane récente, offrait, dans le point correspondant, un foyer purulent bien circonscrit, du volume d'une grosse noisette, contenant du pus de bonne nature. D'autres foyers plus ou moins volumineux, plus ou moins avancés, existaient dans le reste de l'organe. Le foie, d'un jaune pâle, d'une consistance assez

grande, était pénétré dans sa substance d'une foule de noyaux bien circonscrits, où le tissu plus mou était d'un vert foncé. Un vaisseau passait toujours au centre de ces foyers. De grandes plaques vertes se voyaient à la superficie de l'organe. Les deux reins, particulièrement le droit, étaient criblés d'un nombre considérable de foyers purulens, soit dans la substance corticale, soit dans la substance tubuleuse. Les calices, les bassinets, les uretères et la vessie, étaient dilatés, fort injectés, et parsemés d'ulcérations recouvertes de fausses membranes grisâtres. Les poumons et le cœur étaient dans l'état normal. *Les vaisseaux parurent partout sains*, et le sang fort liquide. (*La Clinique*, t. I, n.° 26.) Est-il bien certain que les vaisseaux fussent sains partout? On oserait presque, d'après les symptômes depuis le 27, d'après l'état de la rate, des reins et du foie, assurer le contraire, surtout quand on se rappelle que *les veines rachidiennes étaient gorgées d'un sang liquide, brunâtre, et mêlé de gaz.* Il est fâcheux qu'on ne dise pas, d'une manière plus précise, quel était l'état de ces veines elles-mêmes.

Ossification de la cornée transparente. — Dans les *Archives* du mois de septembre, nous avons rassemblé plusieurs observations d'ostéides de l'œil, parmi lesquelles se trouve un exemple d'ossification de la cornée transparente. Le cas que nous allons rapporter a sur le précédent l'avantage d'avoir été examiné sur le cadavre. Un soldat de l'expédition d'Egypte, nommé Tain, contracta dans cette contrée l'ophthalmie qui en porte le nom, et qui eut pour résultat un albugo de l'œil gauche, interceptant les rayons lumineux. Cet ancien militaire entré, il y a quelques mois à l'hôpital Saint-Louis, y mourut d'une inflammation des méninges. Avant sa mort, son œil gauche présentait à-peu-près la forme naturelle; seulement la cornée était plus saillante et d'un blanc opaque, beaucoup plus prononcé au centre qu'à la circonférence. Le malade distinguait le jour de la nuit; il apercevait les éclairs. La cornée, dans le centre, présentait une ossification d'un blanc de lait, très-dure, cassante, du volume d'une lentille, occupant la totalité de l'épaisseur de la cornée, et faisant une légère saillie vers le cristallin. Cette ossification était placée au centre d'un cercle entièrement opaque, et correspondait parfaitement à la pupille : le reste de la cornée présentait aussi de l'opacité, mais elle était beaucoup moins prononcée. Les autres parties de l'œil paraissaient très-saines. (D'Arcet, *Journ. hebd. de méd.*, n.° 51, pag. 482.)

Empoisonnement par un fébrifuge populaire. — *Obs. par le docteur Keitel.* — Une femme de la campagne, atteinte d'une fièvre intermittente tierce, prit, d'après le conseil de quelques commères, et un peu avant l'heure du paroxysme, environ trois gros d'un fébri-

fuge populaire, composé d'un mélange de nitrate de potasse et de soufre dans un peu d'eau-de-vie. A peine eut-elle avalé cette espèce de potion, qu'elle fut prise d'un sentiment de brûlure dans l'estomac et de vomissemens violens, accompagnés de pâleur de la face et de délire. Le docteur Keitel, appelé près de cette femme, trouva, outre les symptômes ci-dessus indiqués, le pouls petit, les extrémités froides et agitées de tremblemens convulsifs. Il fit aussitôt appliquer vingt sangsues à l'épigastre et administrer de l'infusion de graine de lin à hautes doses pour favoriser le vomissement. Il ordonna en outre des lavemens composés d'infusion de camomille, d'huile de lin et de sel commun, et des sinapismes aux pieds. Les accidens disparurent complètement, et comme la fièvre intermittente persistait, on put employer le sulfate de quinine, qui, en quelques jours, amena la guérison. (*Rust's Magazine*. Tome XXVIII, 1829, n.° 3.)

Oblitération de la veine cave inférieure et d'une partie de la veine porte, circulation veineuse collatérale. — *Par le docteur Reynaud.* — Un homme entra à la Charité, présentant sur toute la partie antérieure du tronc de larges et nombreuses ramifications veineuses et une ascite considérable; il ne put donner que des renseignemens peu précis sur l'état de sa santé avant l'époque où il se vit forcé de garder le lit. Attaché autrefois comme piqueur aux écuries impériales, il était souvent tombé de cheval, s'était fracturé la jambe dans une chute, il y a environ dix-huit mois. Quelques personnes de sa famille se rappelèrent l'avoir vu atteint en 1814 d'une ictère intense, à la production de laquelle ne furent peut-être pas étrangers les chagrins qu'il éprouva à cette époque. Cette affection reparut il y a un an, mais se dissipa peu à peu, et n'existait plus qu'à un degré peu sensible sur le globe des yeux. Depuis un an aussi des douleurs se firent sentir au creux de l'estomac; elles obligeaient le malade à se tenir courbé en avant. Cependant il ne cessa point entièrement ses fonctions de piqueur; il continuait de monter à cheval; seulement il s'aperçut, quelques mois après, que ses pieds enflaient, ce qui l'obligeait à les serrer fortement pour les introduire dans ses bottes. Enfin, il y a quatre mois, la perte de ses forces l'obligea à garder le lit. Ce fut alors que l'enflure du ventre devint manifeste; alors aussi se montrèrent les ramifications veineuses qui devaient plus tard prendre tant de développement. Malgré la conservation ou même l'accroissement de l'appétit, qui fut cause d'assez fréquentes indigestions, l'amaigrissement fit des progrès rapides. Cette circonstance est remarquable; car M. Reynaud l'avait déjà observée une autre fois sur un malade chez qui, après la mort, la veine porte fut trouvée presque entièrement oblitérée. La quantité du liquide accumulé dans le ventre nécessita une première ponction au milieu du

mois d'août, et deux autres peu de temps après. La dilatation des veines superficielles, et la reproduction si rapide du liquide de l'ascite, firent penser qu'il existait un obstacle à la circulation veineuse intestinale. Le développement de tout le système veineux des parois du ventre et de la partie antérieure de la poitrine était vraiment énorme. De chaque région iliaque s'élevait un tronc du volume du petit doigt, divisé en une multitude de grosses branches s'anastomosant un grand nombre de fois entre elles et avec celles du côté opposé, et formant un plexus à larges mailles qui fournissait de nombreux rameaux sur les côtés, et d'autres à sa partie supérieure, qui allaient se jeter dans les régions axillaires. L'état des membres inférieurs, siége d'une infiltration assez considérable, contrastait avec celui des membres thoraciques, secs et décharnés. Le ventre, très-distendu, n'était nullement douloureux. La peau était habituellement sèche et peu chaude, le pouls sans fréquence ni irrégularités, la langue humide, mais rouge et effilée, soif modérée, appétit peu sensible, ventre relâché, urines peu abondantes et rouges. Un léger catarrhe pulmonaire survint, et bientôt une faiblesse et un abattement extrêmes. Le malade tomba dans un état comateux, et, au bout de vingt-quatre heures, il succomba, six jours après son entrée à l'hôpital. *Autopsie le lendemain.* — On s'attendait à rencontrer une oblitération plus ou moins complète de la veine porte ou de la veine cave, et les recherches furent dirigées de ce côté. Voici dans quel état se trouvèrent ces deux veines : la branche droite de la veine porte, et toutes ses divisions dans le lobe droit du foie, qui se trouvait lui-même dans un état d'atrophie remarquable, étaient entièrement obstruées par une matièresolide, très-adhérente à leurs parois, et qui présentait à la coupe l'aspect du tissu jaune des artères. Cette altération se continuait dans les veines hépatiques correspondantes. La veine cave inférieure était elle-même très-solidement obstruée dans une étendue de trois pouces à partir de son embouchure dans l'oreillette. La cause matérielle de cette obstruction était une matière semblable à celle trouvée dans la veine porte, et surtout un épaississement considérable et très-inégal de la veine. En dehors de la veine cave, au-dessus de l'embouchure des veines hépatiques, existait une masse irrégulière formée d'une matière analogue à celle qui obstruait les vaisseaux. La branche gauche de la veine porte était remplie de sang liquide, et ses branches dans le foie semblaient avoir un calibre beaucoup plus considérable que celui qu'elles ont d'ordinaire. Les veines hépatiques correspondantes participaient à cette dilatation générale. Enfin, un tronc que son état de vacuité devait faire regarder comme ayant donné passage au sang pendant la vie, débouchait dans la veine cave, tout près de l'oreillette. Les

énormes veines ramifiées sous les tégumens du tronc naissaient des veines épigastriques, et allaient se jeter en partie dans les troncs des intercostales, et en partie dans les veines axillaires; le volume des unes et des autres était considérablement accru, de même que celui de l'azygos. Ainsi, une grande partie du sang qui se rend au cœur par la veine cave inférieure y arrivait par la supérieure au moyen des troncs collatéraux intermédiaires. Dans l'oreillette droite du cœur s'ouvrait immédiatement un tronc sans analogue dans l'état normal, formé d'une foule de rameaux sortis du foie ou des parties voisines. Enfin, la grande veine coronaire faisait elle-même partie de ce grand cercle anastomotique; elle avait un volume approchant de celui de la veine crurale, et recevait une multitude de rameaux sous-diaphragmatiques et autres. Les veines de l'intestin étaient généralement dilatées; une matière analogue à du marc de café était contenue en grande quantité dans le tube digestif. La membrane muqueuse de l'estomac et du duodénum fut trouvée hypertrophiée, mamelonnée, d'un rouge brunâtre, criblée d'une foule de petites ulcérations arrondies. Le malade avait abusé long-temps des liqueurs alcoholiques. L'intérieur de la vésicule du fiel contenait un liquide purulent. Le volume de la rate était considérablement augmenté, et la coupe de cet organe laissait voir dans une foule de points cette forme d'altération qui reconnaît pour cause la coagulation et la décoloration de la matière, ordinairement liquide et rouge, contenue dans ses cellules. Il y avait une quantité notable de sérosité dans les ventricules du cerveau. Le liquide de l'ascite était verdâtre et limpide. (*Journ. hebd.* n.° 51, p. 173.)

Thérapeutique.

Hystérie rebelle guérie par l'extirpation d'une petite tumeur située au-dessous du sein. — *Obs. par M. Reynaud.* — Marie H... était mère avant l'âge de 15 ans. Elle allaitait encore son enfant, lorsqu'elle reçut un violent coup de pied au bas et au devant de la poitrine. Tombée sans connaissance, elle fut prise, au bout de quelques instans, de convulsions qui durèrent plusieurs heures. Cinq ou six mois après, dans le lieu qui avait souffert la contusion, se manifesta une petite tumeur roulant sous la peau, douloureuse, et qui conserva long-temps le volume d'un petit pois. Quelques années après, une semblable tumeur se développa dans le voisinage de la première. Dès l'apparition de celle-ci, des accidens nerveux très-intenses s'étaient manifestés. Il semblait à la malade qu'ils avaient leur point de départ dans cet endroit même, et que c'était de là que s'élevait la boule hystérique. Pendant les premières années, les at-

taques ne se renouvelaient qu'à de longs intervalles, et de six mois en six mois; mais depuis deux ans, c'était tous les sept ou huit jours qu'elles se répétaient. Enfin, quatre mois avant l'entrée de la malade à l'hôpital, c'était plusieurs fois dans le jour ou dans la nuit, au milieu de son sommeil ou à son réveil, qu'elles avaient lieu; des contrariétés, l'approche des règles, les rendaient plus fréquentes et plus longues. Appelé souvent dans la salle où elle était couchée, et à des heures différentes, le chirurgien interne la trouvait en proie à d'horribles convulsions, que rien ne pouvait calmer. Une chaleur sourde annonçait l'invasion de ces attaques. Bientôt après, la malade éprouvait l'impossibilité de marcher et de parler; alors une douleur vive, comme serait celle produite par des coups de lancette, se faisait sentir au-dessous du sein droit, puis se portait au-dessous du sein gauche pour remonter à la gorge. Là elle produisait un sentiment de gêne et d'oppression extrêmes; les mains de la malade se portaient sans cesse vers cette partie, comme pour en arracher quelque chose d'incommode, et souvent elles y laissaient les empreintes de leurs violens efforts; enfin, elle perdait connaissance. Cet état durait plus ou moins long-temps, après quoi la malade revenait à elle, éprouvant de la pesanteur et de l'engourdissement dans la tête, et de l'incertitude dans la marche. Quand l'accès avait été de deux ou trois heures, le malaise durait toute la journée. Les deux petites tumeurs, dont le siége a été indiqué, et dont le volume égalait celui d'une fève, avaient été constamment douloureuses; la malade était convaincue qu'elles étaient la cause des accidens qu'elle éprouvait, et réclamait avec instance leur extirpation. Cette opération fut pratiquée par M. Boyer. Une petite incision, d'un pouce de long, découvrit l'une des tumeurs; celle-ci ayant été ensuite saisie au moyen d'une érigne, fut facilement détachée. Son tissu était analogue à celui des ganglions, et au centre existait un petit kyste rempli de matière crétacée. Il ne paraît pas que la seconde tumeur ait été enlevée. La plaie fut réunie par première intention; cependant la cicatrisation ne s'opéra qu'après quelques jours de suppuration. Depuis l'instant où l'extirpation de la tumeur fut pratiquée, les accidens hystériques ne reparurent plus, et la malade sortit, se regardant comme parfaitement guérie. On n'a pas su depuis que les accidens se soient reproduits. (*Journ. hebd. de méd.*; n.° 51.)

CONJONCTIVITE INTERMITTENTE GUÉRIE PAR LE SULFATE DE QUININE. — *Obs. par le docteur Fallot de Namur.* — Un soldat suisse, d'une constitution robuste, fut admis à l'hôpital militaire de Namur le 21 mai 1829, pour y être traité d'une conjonctivite. Pendant son séjour à Anvers, il avait été long-temps en proie à la fièvre intermittente endémique dans cette ville, et y avait éprouvé, six ans auparavant,

une forte ophthalmie, qui laissa pour traces la perte des cils de la paupière inférieure gauche et une taie au-dessous de la pupille. Lorsqu'il fut visité le matin par M. Fallot, il n'existait que peu de rougeur et de sensibilité à l'organe malade. On se contenta de le faire bassiner avec de l'eau froide; mais le soir il était vivement enflammé, fort douloureux, et ne pouvait supporter la lumière même la plus faible; le pouls était accéléré, la peau chaude, et il y avait de la rougeur à la langue et de la soif; on fit une large saignée du bras. Le lendemain matin, l'œil était dans le même état que la veille à la même heure, et l'on apprit du malade que, depuis plusieurs jours, les choses se passaient de la même manière; que c'était le soir seulement que les douleurs étaient fortes; qu'elles se déclaraient vers midi, et augmentaient d'intensité jusques vers huit ou neuf heures; qu'alors elles diminuaient insensiblement et finissaient par se dissiper, tandis que des sueurs coulaient en abondance. Un nouvel accès, tout pareil au précédent, eut lieu le lendemain, et ne laissa aucun doute sur le caractère périodique de l'affection. Cet accès fut si violent, qu'on fut obligé de placer des sangsues autour de l'œil. Dès qu'il fut terminé, on prescrivit vingt-quatre grains de sulfate de quinine à prendre par deux grains d'heure en heure. Il n'y eut plus d'accès, la rougeur de l'œil se dissipa bientôt, le malade n'éprouva plus de douleur, et sortit guéri le premier juin. (*Journ. compl.*)

SUR L'EFFICACITÉ DE L'ACÉTATE DE MORPHINE APPLIQUÉ EXTÉRIEUREMENT. — *Par le docteur Mauro Ricotti, de Voghera.* — Des exemples nombreux ayant prouvé au docteur Ricotti que l'acétate de morphine employé à l'extérieur, jouissait de propriétés sédatives fort énergiques dans des cas très-variés, il vient de publier les suivans afin de faire connaître la méthode qu'il suit dans l'administration de ce médicament.

Obs. I. — ARTHRITIS DÉVELOPPÉE APRÈS LA GUÉRISON D'UN ULCÈRE ANCIEN. — Un cultivateur, âgé de 40 ans, d'une constitution robuste, d'un tempérament sanguin, sujet à des exanthèmes cutanés, était guéri depuis peu de temps d'un ulcère étendu qui occupait la jambe gauche quand il fut pris de douleurs dans la plupart des articulations. Des purgatifs et des boissons nitrées avaient été administrées sans résultat quand le docteur Ricotti fut appelé près du malade. Il trouva ce dernier en proie à des douleurs articulaires plus vives que jamais, avec gonflement et chaleur du genou et du poignet gauche, et fièvre intense. Des sangsues appliquées à plusieurs reprises pendant cinq jours, des fomentations émollientes, des vésicatoires aux membres inférieurs, l'extrait de jusquiame et d'aconit à l'intérieur, tels furent les divers moyens qu'on mit en usage, mais sans

obtenir une amélioration bien sensible. L'insomnie était continuelle, et entretenue par un sentiment de brûlure dans l'articulation du poignet. Ce fut alors qu'on appliqua sur les plaies encore béantes, faites par les sangsues, des compresses imbibées d'une solution d'acétate de morphine (4 *grains dans une livre d'eau commune*), qu'on renouvellait de deux heures en deux heures. On n'avait pas réitéré quatre fois cette application que la douleur était déjà notablement moindre, la fièvre et l'insomnie cessèrent bientôt ainsi que tous les autres accidens, et au bout de cinq ou six jours la guérison était complète.

Obs. II. — INFLAMMATION DE L'ARTICULATION DU POIGNET. — M.**, mère de trois enfans, allaitant encore le dernier, avait été affectée d'une diarrhée qui fut combattue avec succès par l'acétate de morphine à l'intérieur. Deux mois après elle éprouve subitement une douleur aiguë dans le poignet droit dont le gonflement augmenta rapidement en quelques heures, et s'étendit jusqu'à la moitié du bras, accompagné de fièvre, de gastralgie, de sécheresse et chaleur de la peau. Des saignées, des dérivatifs sur le canal intestinal, l'extrait de jusquiame furent employés sans succès pour calmer la douleur aiguë de l'articulation. L'acétate de morphine à l'intérieur avait produit plus de calme, mais aucune amélioration de l'inflammation articulaire. Le docteur Ricotti fit alors appliquer un vésicatoire à la partie interne et supérieure du bras en même temps qu'on commença des frictions huileuses opiacées (4 *grains d'acétate de morphine dans une once d'huile d'amandes douces*) sur le poignet, en les répétant quatre fois par jour. Dès que l'épiderme eut été soulevé par le vésicatoire, la plaie fut mise à nu, et quatre fois par jour on appliqua sur sa surface la pommade ainsi composée: acétate de morphine, 4 grains, cérat liquide une once. Presqu'immédiatement après qu'on eut employé cette médication, les douleurs disparurent; les frictions huileuses et le pansement de la plaie du vésicatoire furent continués, la raideur des articulations se dissipa assez promptement, ainsi que tous les autres accidens.

Obs. III. — NÉVRALGIE SCIATIQUE TRÈS-DOULOUREUSE ET OPINIATRE. — Une femme septuagénaire, d'un embonpoint médiocre, avait éprouvé pendant tout l'été des douleurs sciatiques dans la cuisse droite, accompagnées de contractions spasmodiques, d'insomnie continuelle, et d'une fièvre dont l'intensité redoublait chaque nuit. Pendant un mois on appliqua quatre fois des sangsues sur le trajet de la douleur, puis des ventouses scarifiées, des frictions avec le tartre stibié, des vésicatoires: tout était sans effet. Alors un vésicatoire fut appliqué au centre de la partie affectée, et après qu'on eut enlevé l'épiderme, on mit sur la plaie la pommade indiquée dans le

cas précédent, et l'on en réitéra l'application quatre fois par jour. La malade prit de trois heures en trois heures un sixième de grain d'acétate de morphine; le reste du membre fut frictionné avec le liniment huileux déjà indiqué. Le soulagement fut remarquablement prompt, un sommeil paisible succéda à l'insomnie, les douleurs et les contractions spasmodiques diminuèrent progressivement, et au bout de vingt jours cette dame pût sortir et marcher comme avant sa maladie.

Obs. IV. — NÉVRALGIE DU BRAS DROIT. — M.me N. N. âgée de 34 ans environ, d'un tempérament nerveux et sanguin, avait essuyé plusieurs maladies graves dans sa jeunesse, et à chaque époque menstruelle on avait remarqué quelques phénomènes hystériques qui avaient continué de se manifester depuis qu'elle était devenue mère d'une nombreuse famille. Depuis un an, presque tous les jours, et quelquefois plusieurs jours de suite, elle éprouvait une douleur formicante et spasmodique dans le bras droit, tellement aiguë parfois qu'elle paralysait toute espèce de mouvement. Elle était surtout exaspérée par le séjour au lit, et causait une insomnie continuelle. Tous les moyens employés précédemment avaient échoué, quand le docteur Ricotti fut appelé : la douleur s'étendait de dessous le deltoïde jusqu'à la pulpe des doigts, accompagnée d'un sentiment de chaleur vague. Une saignée fut pratiquée au bras malade, et l'on appliqua immédiatement après un vésicatoire à la partie supérieure du bras. La plaie qui en résulta fut pansée avec la pommade déjà indiquée, et un sixième de grain d'acétate de morphine fut donné à l'intérieur de trois heures en trois heures. Sous l'influence de ce traitement la douleur diminua presqu'aussitôt d'intensité, un sommeil paisible accompagné d'une moiteur générale apporta beaucoup de calme, tous les symptômes disparurent complètement en moins de quinze jours, et depuis la guérison ne s'est pas démentie. (*Annali univ. di Med.* Juillet 1829).

DYSPHAGIE SPASMODIQUE DISSIPÉE PAR L'APPLICATION EXTÉRIEURE DU SULFATE DE MORPHINE. — *Par le docteur Omboni.* — Mozzani Cristina, âgée de 23 ans, d'un tempérament nerveux, fut frappé d'hémiplégie du côté droit à huit ans, et placée pour ce motif à l'hospice des Incurables. Depuis cette époque sa santé n'avait plus été troublée, les règles étaient apparues sans accident, elles étaient régulières. Vers le commencement de juin dernier, elle éprouva de l'inappétence et un peu de pesanteur à l'épigastre, et le 6 du même mois, en mangeant sa soupe, elle est prise tout-à-coup d'un accès d'épilepsie qui se prolonge pendant six heures. Depuis cette époque, dès qu'elle voulait avaler des alimens solides ou des liquides, l'accès se manifestait aussitôt, mais sans durer autant. On employa successivement

des sangsues à l'épigastre et au col, des lavemens d'assa fœtida, un vésicatoire sur la poitrine, le musc à l'intérieur. Ces différens moyens firent cesser les convulsions et le hoquet qui existaient habituellement pendant l'accès, mais toujours l'assoupissement et la perte de connaissance avaient lieu aussitôt que la malade voulait avaler quelque chose. En l'examinant avec attention, on ne remarquait aucune altération dans l'arrière-gorge, et le sentiment de constriction qui se développait par le moindre mouvement de déglutition, correspondait à-peu-près au milieu du cou. Depuis quinze jours cet état persistait et la malade était tourmentée par le besoin de la soif et de la faim qu'il lui était impossible de satisfaire. Comme il n'était pas possible de lui faire prendre de médicamens à l'intérieur autrement que par lavemens, le docteur Omboni fit appliquer un petit vésicatoire au-dessous du larynx, à la partie antérieure du cou. Quand la vésicule fut levée et la plaie à découvert, on put s'assurer en donnant à boire à la malade, que la dysphagie était toujours la même, et déterminait toujours le même état, malgré l'application simple du vésicatoire. La plaie fut ensuite saupoudrée d'un demi grain de sulfate de morphine, et recouverte d'un linge enduit de cérat. Au bout de quelques heures de cette application, la malade put boire et manger sans éprouver aucun symptôme nerveux à l'exception d'un léger resserrement de l'œsophage plus prononcé dans la déglutition des alimens solides. Le lendemain on mit sur la plaie la même dose de sulfate de morphine, et comme les accidens ne reparurent plus, on laissa cicatriser la plaie du vésicatoire au bout de quelques jours. La malade peut maintenant boire et manger avec la même facilité que dans l'état de parfaite santé. (*Annali univ. di Med.* août 1829).

HYDROPISIES GUÉRIES PAR L'ÉLECTRO-PUNCTURE. — *Observations recueillies par le docteur Kœnig.* — *Obs.* I.re — Le vitrier R....., âgé de 56 ans, sujet depuis de longues années à de fréquentes attaques de lumbago qui le forçaient de tenir le corps courbé en avant, et qui, depuis l'été passé, se plaignait d'anorexie, de fréquentes constipations, de diminution des forces et de dyspnée, fut affecté d'hémoptysie aiguë au mois de septembre 1828, après avoir été exposé à la pluie et au vent. Le docteur Kœnig, appelé le 26 septembre, trouva, outre les symptômes de l'hémoptysie, les jambes œdématiées jusqu'aux genoux et un léger épanchement dans l'abdomen. L'hémoptysie céda à des potions mucilagineuses nitrées; mais l'œdème s'étendit aux cuisses, et l'ascite augmenta. Les urines étaient peu copieuses, le pouls fréquent; la toux n'avait pas disparu complètement; le malade se plaignait de sécheresse à la gorge et de douleur au côté droit, l y avait constipation. On employa successivement la digitale, le ca-

lomel, l'acétate de potasse, la scille et d'autres diurétiques, le tartre stibié à petites doses, etc., le tout sans succès. Les purgatifs drastiques furent un peu plus efficaces, mais ils affaiblirent trop la constitution; on fut obligé d'y renoncer. Au bout de quatre semaines, les extrémités inférieures, les parties génitales et le bas-ventre étaient énormément tuméfiés; les mains et la face commençaient à s'œdématier. Le malade ayant refusé de se soumettre à l'opération de la paracentèse, le docteur Kœnig eut recours au galvanisme, dont il connaissait les bons effets dans l'hydropisie des articulations. Il se servit d'une pile de 55 à 60 disques de zinc et de cuivre. Deux aiguilles à coudre ordinaires furent enfoncées à la profondeur de 1/8 à 1/6 de pouce, l'une à l'endroit où l'on pratique ordinairement la paracentèse, l'autre à l'endroit correspondant du côté droit; elles furent mouillées avec de l'eau salée et mises en communication avec les deux pôles de la pile; aussitôt qu'on toucha les aiguilles, le malade ressentit une douleur très-vive, et une contraction des muscles abdominaux qui fronça la peau, auparavant si tendue, du bas-ventre. La douleur n'était qu'instantanée, et ne laissait après elle qu'un léger sentiment de brûlure. M. Kœnig toucha vingt à trente fois de suite les aiguilles, et répéta cette application deux ou trois fois par jour. Plus tard, il enfonça un plus grand nombre d'aiguilles dans l'abdomen, et les mit en communication avec la pile; la douleur fut alors beaucoup plus vive, mais aussi les effets en étaient-ils plus marqués. Déjà, après la première et la seconde application, la sécrétion urinaire fut de beaucoup augmentée; la sécheresse de la gorge se dissipa, la peau devint molle et moite, le malade reprit de la gaîté et de l'appétit; il ne faisait usage, à l'intérieur, que d'une infusion de baies de genièvre. Au bout de quatre semaines, il put s'habiller, ses jambes n'étaient plus œdématiées qu'autour des malléoles. Quelques semaines après, il ne restait plus qu'une légère tuméfaction du bas-ventre; mais comme elle n'incommodait pas le malade, il refusa de continuer l'emploi d'un remède qui lui causait toujours d'assez vives douleurs. Deux mois après, il jouissait de la meilleure santé.

Obs. II.e — M. M....., âgé de 39 ans, était affecté, depuis plus de six mois, de dyspnée, d'anorexie et de perte des forces, lorsque, vers le 15 novembre 1828, des douleurs très-vives se manifestèrent dans les articulations des pieds; ces douleurs se transportèrent ensuite aux mains, puis diminuèrent peu à peu, de sorte que, le 23 novembre, elles n'étaient plus que très-faibles, mais accompagnées de tuméfaction au poignet. Ce jour-là, M. Kœnig fut consulté; il trouva la face du malade et les conjonctives jaunâtres, l'urine rouge, les matières fécales grises; l'abdomen, tuméfié jusqu'au creux de l'estomac, jaune; la fluctuation manifeste; le côté droit, au-dessous des fausses-côtes,

douloureux à la pression; le pouls plein et accéléré, la langue d'un jaune sale. Il existait donc un état inflammatoire du foie et une ascite, à la suite d'une goutte anormale rentrée. Des sangsues et des pilules d'aloës, de calomel et de poudre de Dower furent prescrites, ainsi que des bains tièdes; mais avant que ces remèdes n'eussent été mis en usage, une diarrhée très-forte et une soif inextinguible se déclarèrent; le pouls devint petit et plus fréquent; la douleur au côté droit diminua. M. Kœnig ne voulant pas supprimer cette diarrhée, qui pouvait être salutaire, se borna à prescrire une décoction de salep avec du muriate d'ammoniaque. Le 25, le malade était extrêmement affaibli; la diarrhée durait toujours, et la tuméfaction du ventre n'avait pas diminué. La décoction de gruau d'avoine et la soupe que le malade avait prises avaient été rendues, presque inaltérées, par les selles. M. Kœnig arrêta alors la diarrhée par une décoction de colombo, à laquelle il avait ajouté de l'opium. Au bout de quelques jours, le malade se retrouva dans le même état qu'avant la diarrhée, à l'exception de la douleur au côté droit, qui avait presque complètement disparu : M. Kœnig employa alors le galvanisme de la même manière que dans le cas précédent, et avec le même succès. Dès les premiers jours de son application, il provoqua des émissions copieuses d'une urine d'abord trouble, qui devint claire plus tard. Les excrémens se colorèrent de plus en plus, la tuméfaction du bas-ventre diminua, l'appétit se rétablit; en un mot, au bout de trois semaines, le malade fut complètement rétabli. Durant les derniers huit jours, on avait mis en usage, conjointement avec le galvanisme, des pilules d'assa fœtida, d'aloës et de poudre de Dower. (*Hufeland's Journal*, juillet 1829.)

Pharmacologie.

NICOTINE, PRINCIPE ACTIF DU TABAC. — *Par MM. Posselt et Reimann.* — En faisant l'analyse chimique du tabac MM. Posselt et Reimann ont découvert un nouvel alcaloïde végétal auquel ils ont assigné le nom de *Nicotine*, et qui paraît être le principe actif de cette plante. M. Vauquelin, qui s'était occupé d'une analyse de cette substance, n'avait pu parvenir à obtenir ce principe narcotique à l'état de pureté; d'un autre côté M. Hermbstœdt, qui avait répété ces expériences, avait considéré comme principe actif, et décrit, sous le nom de *nicotianin*, une huile essentielle que contient le tabac et qui se solidifie à la température ordinaire. Tel était l'état de la question, lorsque MM. Posselt et Reimann ont entrepris une nouvelle série de recherches, dont ils ont présenté les résultats à la Faculté de Médecine de Heidelberg, qui les a couronnés dans sa séance solennelle du 21 novembre dernier.

La nicotine pure est liquide à 6° au-dessous de 0° du thermomètre centigrade. Elle est claire, d'une couleur rouge-brunâtre et d'une odeur piquante, semblable à celle du tabac sec, et d'autant plus pénétrante que la chaleur est plus forte. Sa saveur extrêmement âcre et brûlante persiste long-temps sur la langue. Cette substance graisse le papier ; mais la tache disparaît complètement dans l'espace de douze heures; elle se volatilise à l'air libre, en laissant un léger résidu d'une matière comme résineuse; elle bout à 246°, brûle à l'aide d'une mèche, et se répand en vapeurs blanches lorsqu'on la chauffe jusqu'à près de 100°. Enfin sa pesanteur spécifique est plus grande que celle de l'eau.

La nicotine se dissout dans l'eau en toutes proportions, et sa solution donne des signes manifestes d'alcalinité. Etendue de 10,000 parties d'eau, elle conserve encore une âcreté très-prononcée. Elle est aussi complètement soluble dans l'alcohol, l'éther et l'huile d'amandes: les solutions alcoholiques et éthérées peuvent être soumises à la distillation sans que la nicotine passe avec les produits; vers la fin de l'opération seulement, les dernières parties de l'alcool ou de l'éther en contiennent quelques traces. La solution éthérée, mêlée avec les acides sulfurique, hydrochlorique, tartrique ou acétique peu concentrés, cède à ces réactifs toute la nicotine qu'elle contient; et il se forme des sels insolubles dans l'éther et qui se précipitent.

Neutralisée par l'acide phosphorique concentré, la substance alcaloïde qui nous occupe fournit un liquide sirupeux, incolore, qui, évaporé au soleil, donne des cristaux semblables à ceux de la cholestérine. Le sulfate de nicotine forme une masse épaisse, non cristalline et jouissant encore de quelques propriétés acides. L'acide oxalique et l'acide tartrique donnent, avec cette base, des sels cristallisés et parfaitement solubles; enfin l'acide nitrique concentré réagit fortement sur elle et la détruit en grande partie.

Le procédé à l'aide duquel MM. Posselt et Reimann ont obtenu ce nouvel alcaloïde, est assez simple. Voici en quoi il consiste : On fait bouillir douze livres de feuilles de tabac dans de l'eau aiguisée d'acide sulfurique; on fait évaporer le décoctum à une douce chaleur; puis on traite le résidu par l'alcohol à 90°. Cette teinture alcoolique est ensuite soumise à la distillation, qui enlève tout l'esprit de vin. Le résidu aqueux est ensuite soumis à l'action de l'hydrate de chaux et à une nouvelle distillation. On mélange et on agite alors le produit ainsi obtenu avec de l'éther; on sépare le liquide aqueux par la distillation; on y ajoute une nouvelle quantité d'éther, puis on distille de nouveau, et ainsi de suite, jusqu'à ce que le résidu soit entièrement dépouillé de sa saveur âcre. Les extraits éthérés sont ensuite traités par le chlorure de calcium, et la dissolution ainsi obtenue dans

l'éther anhydre est distillée au bain marie. Le résultat de cette opération donne la nicotine, qu'il suffit ensuite de purifier. Par ce procédé les auteurs ont retiré deux gros de ce principe de douze livres de feuilles de tabac déssechées. (*Geiger's Magazin für Pharmacie*. Décembre 1828).

Préparations contre la coqueluche. — Le docteur Kahleiss, qui a déjà publié en 1827, dans les *Archives de Horn* (*Horn's Archivs*), un mémoire sur l'efficacité d'un mélange de belladone, d'ipécacuanha et de soufre dans le traitement de la coqueluche, et qu'il avait employé avec le plus grand succès dans une centaine de cas de cette maladie, a inséré, dans le cahier de février 1829, du *Journal de Hufeland*, un nouveau mémoire sur ce sujet, dans lequel il rapporte un grand nombre de faits, observés depuis, et qui viennent pleinement confirmer sa manière de voir. Le traitement du docteur Kahleiss consiste dans l'emploi des médicamens dont voici les formules :

R Racine de belladone pulv.................... quatre grains;
Poudre de Dower.......................... dix grains;
Fleurs de soufre lavées....................quatre scrupules;
Sucre blanc pulv.......................... deux gros.

M. et divisez en vingt paquets. La dose, pour un enfant de deux ans, est d'un paquet toutes les trois heures.

Entre chaque prise, on administre une cuillerée à thé de la potion suivante :

R Eau de camomille...........................une once;
Sirop simple................................ deux gros;
Acide prussique de Vauquelin..............douze gouttes.
M.

Les proportions des substances qui entrent dans la composition de ces mélanges devront être augmentées ou diminuées suivant l'âge et le tempérament des enfans.

En terminant son mémoire, l'auteur fait observer que parfois les effets de ces médicamens ne se manifestent qu'au bout de cinq ou six jours; mais qu'alors ils deviennent très-évidens, et qu'en général au bout de huit à douze jours au plus, la guérison est complète. Dans quelques cas, après deux ou trois jours de l'emploi de ces moyens, on voit survenir une efflorescence rouge sur la peau et une dilatation plus ou moins considérable des pupilles. Il faut alors suspendre le traitement pendant 24 ou 36 heures et diminuer un peu la proportion de la belladone.

Sur la liqueur de Kœchlin dans les scrophules. — *Par M. Harel.* — La liqueur de Kœchlin, dont l'efficacité dans les affections scrofuleuses a été constatée par de nombreuses observations depuis

dix ans, a été employée en premier lieu par le professeur Kœchlin en Suisse, et c'est de là que lui vient le nom sous lequel elle est connue. Elle fut mise ensuite en usage à Vienne, et bientôt après l'emploi s'en est répandu dans l'Allemagne et en Angleterre. Ce médicament est aussi fort connu à Strasbourg. En voici la formule telle qu'elle a été donnée par Tromsdorff.

℞. *Cupri raspati drachmam unam. — Liquor. ammon. caust. unciam unam et semis. — Digere per octo dies in vase clauso sæpius agitando usque ad colorem cœruleum. Tunc decantetur et usui servetur.*

S. Tinctur. cupri ammoniati.

℞. *Tinctur. cupri ammoniat. uncias duas. — Acidi muriatici q. s. (drachmas quinque et scrupulum dimidium) ad saturationem. — Servetur usui. Hujus liquoris drachma una cum aquæ distillatæ unciis decem constituunt liquorem depurativum Kœchlini. (Drachma una continet cupri grana quatuor.)*

Dans la dernière formule, qui est celle de Kœchlin, on donne, comme on voit, l'hydrochlorate de cuivre ammoniacal, dans la proportion d'un gros sur dix onces d'eau distillée. On en fait prendre une seule fois par jour, et immédiatement après le principal repas. Aussitôt après la drogue avalée, on fait prendre une ou deux cuillerées de bon vin sucré. La dose de la liqueur de Kœchlin est, pour les enfans de trois à onze ans, une faible ou une forte cuillerée à café; pour les adultes, une faible ou une forte cuillerée à bouche. M. Harel a acquis par l'expérience la conviction que ces doses, réduites de moitié, sont presque toujours suffisantes (un demi-gros sur dix onces d'eau) et que la prudence prescrit cette réduction. Lorsque cet antiscrofuleux a été administré pendant quelque temps, on remarque que l'appétit augmente, et que les digestions se font mieux. Si l'on n'obtient ce résultat, la dose étant trop faible, il faut l'augmenter par degrés. S'il survient au contraire quelque trouble des organes digestifs, si l'appétit diminue, la dose du remède était trop forte, il faut en suspendre quelque temps l'usage. C'est précisément à ces phénomènes qu'on reconnaît l'action favorable ou nuisible du médicament. Une considération qu'il ne faut pas perdre de vue, c'est que, lors même qu'on pourrait sans danger administrer la liqueur de Kœchlin de manière à ce que ses effets fussent rapides, il faudrait bien se garder de le faire; ce n'est que d'une manière lente que, sous son influence médicatrice, peut être changé l'état des malades, et que la cachexie scrofuleuse peut se corriger par un travail de nutrition devenu plus actif, et une réaction organique sans cesse excitée et réveillée. M. Harel promet de publier des observations qui démontreront l'efficacité extraordinaire de la liqueur de Kœchlin. (*La Clinique*, t. 1, n.° 26.)

Académie royale de Médecine. (Octobre.)

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE. — *Séance générale du* 6 *octobre.* — Le procès-verbal de la séance extraordinaire du 29 septembre, consacré spécialement à l'affaire Hélie, donne lieu à quelques réclamations. M. le professeur Désormeaux objecte qu'il n'est pas d'usage d'énoncer dans un procès verbal le nombre des votans pour ou contre; que, conséquemment, on a eu tort d'y consigner qu'à la contre-épreuve, lors de la mise aux voix des conclusions de la commission, *pas un membre* ne s'était levé contre leur adoption. L'honorable académicien ajoute que le silence n'est pas un consentement, qu'il y a les positions particulières qui forcent à s'abstenir de voter, et qu'en on particulier il ne veut pas paraître avoir changé d'opinion. Il emande donc qu'il soit fait mention de sa réclamation.

PESTE. — M. Pariset envoie une relation détaillée des opérations : la commission depuis le 27 mai jusqu'au 27 juin. Chacun des six yageurs s'appliqua à nu sur la peau, et conserva pendant dix-huit ures, des vêtemens de pestiférés souillés de pus et de la sanie des arbons, et tenus préalablement plongés pendant seize heures dans e dissolution de chlorure de soude. La santé d'aucun d'eux n'a été moins du monde altérée. Cependant, les expérimentateurs restè- t quatre jours encore dans la maison du consulat, où l'expérience it été faite, sans communiquer directement avec personne; la adie se soutenait toujours dans la ville. Le 11, ils commencèrent ir des malades. « Si la peste nous a épargnés, dit M. Pariset, c'est probablement parce qu'en touchant les malades pour en estimer ouls et la chaleur, nous avions pris soin d'interposer entre eux ous des molécules de chlorure. Cependant, la peste de cette : est très-violente : elle a souvent tué après quarante, trente, me vingt heures de maladie. » L'opinion commune, que la peste e en présence de la variole, a été démentie cette année à Tri- où ces deux maladies ont régné conjointement, sans que l'une siblement influé sur l'autre. Là, comme en France, en An- e et en Amérique, on a vu d'anciens vaccinés contracter la vraie.

démie avait chargé M. Pariset de s'assurer si les cautères ent de la peste, comme on l'a avancé; ce dernier répond qu'il en de plus commun que les exutoires, en Syrie et en Egypte,

mais qu'ils n'ont aucune influence favorable sur la peste. L'homme qui lave les morts à Tripoli rencontre chaque jour sur des cadavres, tout-à-la-fois la plaie du cautère et le bubon pestilentiel. Dans le traitement, ces Messieurs ont essayé d'administrer à l'intérieur le chlorure d'oxyde de sodium, mais à si petites doses et avec un succès si équivoque, qu'on n'en peut rien conclure, ni pour ni contre. M. Pariset termine sa relation en rappelant l'opinion qu'il a déjà émise sur la cause de l'endémicité de la peste en Egypte.

Assemblée générale extraordinaire du 20 octobre 1829. — M. Larrey rappelle la proposition qui a été adoptée, il y a déjà quelque temps, de publier sommairement les travaux de l'Académie dans un bulletin spécial. M. Renauldin, rapporteur de la commission nommée à ce sujet, répond que son rapport aurait été présenté sans le surcroît d'occupation que lui donne l'absence de MM. Pariset et Adelon, dont il remplit les fonctions.

Remèdes secrets. — M. Guibourt, rapporteur de la commission des remèdes secrets, propose et fait adopter le rejet des médicamens suivans : 1.° d'une *pommade antipsorique* du sieur Adorne de Minetti, domicilié à Dôle, pommade indiquée dans plusieurs formulaires ; 2.° d'un *élixir chloro-balsamique* du sieur Magnien, officier de santé, qui n'est autre chose qu'une modification évidemment défectueuse d'un médicament bien connu (le chlorure d'oxyde de sodium) ; 3.° d'une *liqueur dépurative et antiseptique* de feu le docteur Achard, composée de substances de propriétés très-diverses et même opposées, et assez fortement acidifiée par l'addition d'un acide minéral concentré ; 4.° de divers *remèdes anti-dartreux* du sieur Jean-Baptiste Blin, tels qu'une *tisane* composée de deux racines communes très-usitées, des *lotions* faites avec un lait virginal dans lequel on a mis infuser un grand nombre de plantes de propriétés différentes, enfin, un *élixir purgatif*, véritable macédoine composée des ingrédiens les plus disparates ; 5.° d'un *rob végétal sudorifique* des sieurs Moncelot, pharmacien à Paris, et Lapeyre, étudiant en médecine, qu'ils débitent depuis huit ans, et dont la formule (ne contenant aucune substance nouvelle, puisque c'est de la salsepareille et du gayac auxquels on joint une racine moins communément employée et deux racines laxatives) est complètement inexécutable à cause de la proportion fautive du véhicule employé ; 6.° d'un *remède contre les cors aux pieds*, de l'invention du sieur Azam, et dont la composition est tout-à-fait dénuée de sens ; 7.° d'un *remède contre la rage*, proposé par le sieur Chignon, propriétaire à Duras (Lot et Garonne), composé de substances que l'on peut juger *à priori* dénuées de toute efficacité, et qui peut devenir fort dangereux en inspirant aux malades une sécurité funeste ; 8.° d'un *sirop antisyphilitique* de M. Blanc,

pharmacien à Lyon, appuyé des attestations favorables de plusieurs médecins et chirurgiens très-distingués de cette ville ; 9.° d'un *baume* proposé par le sieur Delisle aîné, demeurant à Mausle (Charente), comme propre à guérir toutes sortes de plaies, plus la colique, les douleurs d'oreilles, etc., et même à faire pousser les cheveux dans un âge très-avancé ; 10.° et d'un *remède* découvert par le sieur Vidalé, officier de santé à Artagnan, propre à guérir l'ulcère du poumon et le crachement de pus.

M. Guibourt fait ensuite un rapport relatif au taffetas des frères Mauvage ; après avoir rappelé l'approbation que l'Académie a donnée à ce médicament, il déclare que la commission des remèdes secrets, portant sur ce sujet une attention plus sévère qu'on ne l'avait fait auparavant, a reconnu que la formule livrée par MM. Mauvage ne suffit pas pour préparer leur taffetas, et que, ne pouvant obtenir d'eux une formule vraiment complète, il n'y a pas lieu d'y fixer un prix, puisque si l'on en faisait l'acquisition dans l'état où sont les choses, on laisserait lapropriété toute entière entre leurs mains. Ce rapport, qui donne lieu à une asses longue discussion dans laquelle on rappelle successivement l'absence des cantharides dans la préparation des frères Mauvages, et leur demande exhorbitante de vingt mille francs de rente pour prix de leur recette, est mis aux voix et adopté.

Section de médecine. — *Séance du 13 octobre 1829.* — Anévrismes de l'aorte ascendante. — M. Louis fait, en son nom et à celui de MM. Chomel et Mérat, un rapport sur un mémoire de M. le docteur F. Moreau, intitulé : *Observations et Réflexions sur les anévrysmes de l'aorte ascendante ouverts dans le péricarde*, et contenant cinq observations, dont deux sont propres à l'auteur, et les trois autres appartiennent à Scarpa, à Walter et à un autre chirurgien de Berlin. Il résulte de ces faits, que l'ouverture de l'aorte ascendante dans le péricarde remplit cette poche d'une grande quantité de sang (depuis une livre jusqu'à deux livres). Après avoir analysé les faits et les réflexions fournis par l'auteur, M. Louis se livre lui-même à l'examen de quelques questions qui naissent de cette analyse. Il se demande d'abord si, dans des circonstances analogues, il serait impossible de reconnaître, pendant la vie ou immédiatement après sa cessation, la cause de la mort? Il ne le pense pas. Relativement à la dyspnée, que l'auteur attribue à la compression de l'oreillette droite, le rapporteur demande si cette cause est bien là seule, et si la compression de l'artère pulmonaire n'a pas aussi une part considérable dans la difficulté de respirer? Cette dernière cause de dyspnée lui paraît extrêmement vraisemblable, et il le prouve en rapportant l'histoire d'un fait où cette compression a été observée. — M. Guersent

fait observer que les ulcérations de l'aorte sont très-difficiles à reconnaître ; il cite deux cas où il fut impossible de soupçonner la maladie. Dans le premier, une femme qui était enceinte mourut subitement; à l'autopsie, on rencontra un épanchement sanguin dans le péricarde, et une ulcération à la base de l'aorte. Le second concerne un individu qui portait un anévrysme de l'aorte; il succomba tout à-coup, et des lésions pareilles à celles qui viennent d'être mentionnées furent trouvées à l'ouverture du cadavre.—M. Chomel, à cette occasion, parle d'un signe dont les auteurs n'ont point fait mention jusqu'à présent dans les maladies de l'aorte : il a remarqué, chez une jeune fille atteinte d'un anévrysme de la crosse de ce vaisseau, une absence complète du bruit respiratoire dans le côté gauche de la poitrine, et il a pensé que la bronche de ce côté était comprimée par la tumeur anévrysmale.

LÉSION GRAVE DU SYSTÈME VASCULAIRE VEINEUX. — M. Reynaud, élève interne à l'hôpital de la Charité, donne lecture d'un mémoire intitulé : *Observation d'oblitération de la veine cave inférieure et d'une partie de la veine porte ; circulation veineuse collatérale ramenant au cœur le sang des parties situées au-dessous des points oblitérés* ; avec plusieurs desseins coloriés de grandeur naturelle, exécutés par M. Carswel, de Glascow. (Voyez *Revue générale.*)

INFLAMMATIONS INTERNES. — M. Espiaud fait un rapport sur trois mémoires de M. le docteur Surun, chirurgien aide-major au régiment des cuirassiers de la reine; intitulés, le premier : *Des Inflammations internes considérées comme fièvres essentielles* ; le second: *Apperçu sur la simultanéité et la spontanéité d'action et d'affection*; le troisième : *Origine et causes des vices de la doctrine actuelle des inflammations internes.* M. Espiaud avoue avoir rencontré beaucoup d'obscurité dans ces trois mémoires, qui sont intimement liés entre eux par les idées et la doctrine ; il reproche aussi à M. Surun d'attacher peu d'importance aux recherches d'anatomie pathologique, et de se livrer trop souvent à des discussions subtiles sur les causes prochaines des maladies. L'Académie, sur les conclusions du rapporteur, décide que l'auteur sera remercié de ses communications, et ses mémoires déposés honorablement dans les Archives.

SECTION DE CHIRURGIE. — *Séance du 15 octobre* — FRACTURE DES DEUX OS DE LA JAMBE AVEC LUXATION DU PREMIER OS MÉTATARSIEN. — M. Larrey présente un hussard de la garde royale, nommé Mary, âgé de 33 ans, qui, à la suite d'une chute de cheval, eut ces lésions. Lorsque M. Larrey vit le malade, il reconnut que les os de la jambe étaient fracturés dans plusieurs points; le pied était froid et recouvert d'une large ecchymose ; enfin, il existait une rupture de la peau de la

plante du pied à travers laquelle la tête du premier os du métatarse luxé s'était frayé une issue. De si grands désordres nécessitaient l'amputation de la jambe; mais le malade rejetant jusqu'à l'idée de cette opération, M. Larrey dirigea ainsi le traitement : il commença par débrider largement la plaie de la plante du pied, et par extraire le premier os métatarsien; il rapprocha ensuite les bords de cette ouverture, les recouvrit de linge fenêtré chargé d'onguent balsamique et appliqua un bandage approprié. Il fit ensuite la réduction de la fracture de la jambe qu'il plaça dans son appareil inamovible. M. Larrey n'a levé l'appareil du pied que le 25.e jour, et celui de la jambe que le 51.e A cette époque, les plaies de la jambe étaient cicatrisées, et la consolidation des fractures achevée; le pied a conservé à-peu-près sa conformation normale, à l'exception d'une dépression qui existe au côté interne, et qui résulte de l'ablation du premier os du métatarse. Ce militaire commence à s'appuyer sur son pied; il y a lieu de croire que, par la suite, il s'en servira comme avant l'accident.

Fracture de l'humérus. — M. Baffos dit qu'il y a maintenant dans son hôpital un enfant qui, s'amusant à jeter des pierres, s'est fracturé la partie supérieure de l'humérus (sans doute par la force de la contraction musculaire). Comme ces sortes de fractures sont rares, M. Baffos a cru devoir communiquer ce fait.

Abcès sous-cutané. — M. Lisfranc présente un malade qu'il a guéri d'un vaste abcès qui avait décollé toute la peau de la partie supérieure et externe de la cuisse, au moyen de petites incisions en forme de boutonnières, et dont il a déjà fait usage avec succès.

Cancer des lèvres. — Le même membre dépose sur le bureau une masse carcinomateuse qu'il a extirpée en suivant le procédé de M. Roux, de Saint-Maximin. La maladie avait envahi de haut en bas toute l'épaisseur de la lèvre inférieure, jusqu'au-dessous de la houppe du menton; à droite, elle occupait quatre lignes de la lèvre supérieure, et un pouce de la joue; enfin, à gauche, la commissure des lèvres et deux à trois pouces de la joue correspondante étaient affectés. On pratiqua d'abord deux incisions supérieures qui se rendaient à angle aigu au-delà du mal; puis une incision sémi-lunaire, circonscrivant le mal par en bas, joignit leurs extrémités. La tumeur, peu adhérente à l'os qui d'ailleurs était sain, ayant été enlevée, M. Lisfranc fit une dernière incision qui, partant du bord supérieur du cartilage thyroïde, vint se rendre, parallèlement à l'axe du col, sur la ligne médiane de la plaie; il disséqua ensuite les lambeaux à droite et à gauche jusqu'auprès de l'angle de la mâchoire inférieure, puis, faisant incliner légèrement la tête sur la poitrine, il ramena facilement la peau jusqu'au niveau du bord libre de la

lèvre inférieure, de telle sorte que, des points de suture entortillée ayant été appliqués pour réunir les bords de la plaie, on aurait dit que la figure de cet homme n'avait éprouvé aucune déperdition de substance. L'opération, pratiquée depuis huit jours, promet un heureux résultat.

EXTIRPATION DE L'OS MAXILLAIRE SUPÉRIEUR. — Le même M. Lisfranc soumet à l'examen de l'Académie une pièce d'anatomie pathologique qui constate qu'il a enlevé la totalité de l'os maxillaire supérieur, à l'exception du plancher de l'orbite et de l'apophyse montante. Il s'agissait d'un ostéo-sarcôme qui se prolongeait sur la voûte palatine jusque un peu au-delà de la ligne médiane. Un large lambeau triangulaire ayant été disséqué et relevé, toute la face antérieure de l'os fut mise à découvert; puis, comme M. Gensoul l'a fait, M. Lisfranc, à l'aide de la gouge et du maillet, fit couper l'os vers sa partie supérieure : quant à la voûte palatine, elle fut divisée avec beaucoup de facilité et de netteté au moyen de forts ciseaux imaginés par M. Colombat. Huit minutes ont suffi, en y comprenant le temps nécessaire à la ligature des vaisseaux, pour terminer cette opération qui, selon toute apparence, sera couronnée du plus heureux succès. Une circonstance imprévue, et dont on a lieu de se féliciter, c'est que, dans cette opération, on a pu ménager la fosse nasale correspondante. — M. Larrey rappelle que, dans ses campagnes, il a eu plusieurs fois l'occasion d'enlever, à la suite de plaies d'armes à feu, des portions considérables des os maxillaires, et qu'en général les malades ont bien guéri. Il cite à ce sujet l'exemple d'un militaire, dont il a consigné l'histoire dans sa relation médicale de l'expédition d'Egypte, lequel, au siége d'Alexandrie, eut la face emportée par un boulet, et chez qui les os maxillaires supérieurs et inférieurs furent détruits. Ce militaire, que M. Larrey parvint à guérir, et qu'il fut obligé de nourrir au moyen d'une sonde œsophagienne, a vécu pendant dix-huit ans à l'Hôtel des Invalides. — M. Lisfranc dit que, pour des carcinômes de la mâchoire supérieure, on n'avait point encore, avant M. Gensoul, de Lyon, pratiqué d'opération de la nature de celle qu'il vient de décrire. — MM. Larrey et Duval soutiennent, au contraire, qu'on trouve des faits analogues à celui de M. Lisfranc dans les mémoires de l'Académie royale de chirurgie et dans la chirurgie d'Heister.

INSTRUMENS DE CHIRURGIE. — M. le docteur Rigal, de Gaillac, présente plusieurs instrumens auxquels il a fait subir diverses modifications : 1.° *un trépan* à l'arbre duquel il a adapté deux roues d'engrenage, l'une verticale; l'autre horizontale, disposées comme celles que porte le vilebrequin dont se servent les ouvriers pour forer dans l'angle d'un mur. M. Rigal pense, qu'au moyen de cette modi-

fication dans la confection du trépan, on doit diminuer de beaucoup l'ébranlement qui résulte de l'application du trépan ordinaire; 2.° *un ophthalmostate* de son invention, composé d'un manche ou tige droite auquel sont unis, au moyen d'une articulation mobile, deux autres petites tiges recourbées qui, par la facilité avec laquelle elles s'écartent l'une de l'autre, sont destinées à soulever les paupières et à les maintenir écartées. Pour se servir de l'instrument, il suffit d'appliquer ces deux petites tiges, dont la courbure est proportionnée à la convexité du globe de l'œil, entre les paupières de l'œil qu'on veut opérer, et d'exercer avec le manche une pression légère : alors les paupières sont écartées et laissent voir le globe de l'œil à nu; 3.° *un stylet de Méjean* terminé par un bouton arrondi. M. Rigal fait remarquer que, dans l'opération de la fistule lacrymale, lorsqu'on se sert du stylet de Méjean, la difficulté n'est pas d'introduire ce stylet dans le canal nasal, mais de le faire sortir des fosses nasales et de l'amener au dehors : pour atteindre ce but et parer aux difficultés et aux tâtonnemens qu'offre l'emploi de la sonde cannelée de Méjean et de la plaque de Cabanis, M. Rigal se sert d'un petit crochet mousse qu'il engage dans les fosses nasales, et au moyen duquel il va saisir, derrière l'apophyse montante de l'os maxillaire, l'extrémité du stylet à sa sortie du canal nasal. 4.° Enfin, M. Rigal, convaincu que les dangers qui accompagnent la taille hypogastrique dépendent surtout de la lésion du tissu cellulaire qui unit la vessie au pubis, et de l'infiltration d'urine qui en est la suite; remarquant, d'un autre côté, que, dans les cas de ponction de la vessie, cette infiltration n'a point lieu, ou du moins très-rarement, puisque, sur trente-cinq faits de ponction sus-pubienne rapportés dans l'ouvrage de M. Belmas, on ne compte que six insuccès dans deux desquels l'infiltration urineuse a été le résultat des tentatives faites pour retrouver la route qu'avait abandonnée la canule du trois-quarts; il pense que si, à la suite de l'opération de la taille hypogastrique, on pouvait mettre la plaie dans des conditions analogues à celles qui accompagnent la plaie de la ponction, on obtiendrait les mêmes résultats. En conséquence, il adapte à la canule dont se sert M. Amussat, une espèce de chemise faite avec une vessie; lorsque l'opération est pratiquée, il place la canule enveloppée de sa chemise dans la plaie hypogastrique, et il insuffle ensuite de l'air dans la vessie qui, distendue par ce moyen, s'applique avec exactitude sur les bords de la plaie; et l'urine, trouvant un libre cours par la canule, ne peut plus s'épancher entre les bords de cette ouverture. Il maintient la vessie ainsi distendue pendant quelques jours, jusqu'à ce qu'une lymphe plastique ait recouvert les cellules divisées du tissu cellulaire, et puisse s'opposer d'une manière efficace

à toute infiltration ultérieure. M. Rigal propose encore l'emploi de cette canule pour arrêter les hémorrhagies du périnée dans les cas de taille par le bas-appareil. — M. Larrey ne croit pas que le trépan de M. Rigal puisse offrir, dans son application, autant de précision que celui dont on se sert ordinairement : il pense aussi que l'ébranlement doit être égal, qu'on se serve de l'un ou de l'autre instrument.

Section de pharmacie. — *Séance du 17 octobre.* — Salicine. — M. Herberger, pharmacien à Strasbourg, revendique, en faveur de M. Buchner, la découverte de la salicine, avant MM. Leroux et Commesny. Cette substance paraît avoir été également connue en Italie par M. Rigatelli, et donnée comme un fébrifuge indigène sans en indiquer l'origine d'abord. Selon M. Pelletier, d'après quelques essais faits sur des malades, à l'hospice de la Charité, la salicine, quoique fort amère, aurait paru bien moins active que les principes des quinquinas.

Hyssopine. — M. Herberger adresse en outre à la section une analyse de l'hyssope (*hyssopus officinalis*, L. , et la découverte, dans cette plante, d'un nouvel alcaloïde qu'il appelle *hyssopine*.

Gelée de lichen d'Islande. — M. Derosne fait un rapport sur un nouveau procédé proposé par M. Touéry, pharmacien à Solomiac, pour *la préparation de la gelée de Lichen d'Islande privée d'amertume.* Après avoir rappelé que M. Berzélius recommande l'emploi des carbonates alcalins pour enlever le principe amer du lichen, et que le codex conseille de rejeter l'eau d'une première décoction, le rapporteur dit que le procédé de M. Touéry consiste à faire deux décoctions du lichen, lesquelles réunies sont soumises à l'action du charbon animal bien lavé, en quantité égale au lichen employé. Ce mélange, après dix minutes d'ébullition et filtré promptement, donne une liqueur presque incolore, sans amertume, dont on peut obtenir de la gelée. La commission, en répétant ce procédé, l'a trouvé exact, mais long; le liquide passe difficilement, et se prend en partie en gelée sur le filtre; cette gelée, quoique préparée avec un charbon animal bien lavé, contracte une saveur peu agréable. Bien que le procédé du codex fasse perdre une partie de la gelée du lichen, le rapporteur le croit encore plus simple et préférable à celui de M. Touéry. Il suffit d'ailleurs de macérer à froid le lichen dans de l'eau, pendant deux jours, pour lui enlever son amertume; on obtient ensuite avec le lichen ainsi préparé un extrait sec qui se conserve bien, et qui peut donner à volonté une gelée excellente en moins d'un quart d'heure, en le dissolvant dans l'eau.

Matière médicale exotique. — M. Batka, pharmacologiste de Prague, communique plusieurs recherches pharmacologiques sur un

grand nombre de médicamens végétaux exotiques qu'il s'est procurés, soit en Allemagne, soit en Hollande et en Angleterre. S'étant particulièrement occupé des diverses écorces de quinquinas, aujourd'hui si mélangées dans le commerce, et si difficiles à rapporter à leur véritable origine pour chaque espèce d'arbre décrit par les botanistes, M. Batka présente, entre autres substances, les écorces de plusieurs végétaux qu'on vend à tort pour des quinquinas, comme le *cortex astringens brasiliensis*, débité en Allemagne à un prix élevé; et différentes autres espèces. Enfin, il présente des échantillons de la *Boswellia thurifera*, de la résine de la *Vateria indica* (sorte de copal tendre), des divers kinôs, etc.

Académie royale des Sciences.

Séance du 3 août. — TRAITEMENT DE LA PHTHISIE PULMONAIRE PAR LE CHLORE. — M. le docteur Cottereau, agrégé de la Faculté de Médecine de Paris, adresse la relation détaillée de l'une des nouvelles guérisons de phthisie pulmonaire qu'il a obtenues au moyen des inspirations de chlore gazeux. Il y joint l'indication d'une importante modification qu'il a fait subir au procédé adopté pour pratiquer la percussion médiate: elle consiste à remplacer le pleximètre en bois, en métal ou en ivoire, par une plaque de liége sur laquelle on frappe avec l'extrémité des doigts, ou mieux encore avec une petite boule de même substance, recouverte d'une peau mince et fixée à l'extrémité d'une tige flexible de baleine. Le phthisique dont M. Cottereau annonce la guérison est présent à la séance; il a été vu par un grand nombre de médecins à diverses époques de sa maladie. MM. Magendie et Duméril sont nommés commissaires pour examiner ce travail.

M. Duméril fait ensuite un rapport très-favorable sur le premier mémoire présenté par M. Cottereau, relatif à l'inspiration du chlore dans la phthisie pulmonaire. Il fait connaître les avantages de l'appareil imaginé par ce médecin, puis il annonce que la commission a examiné avec attention le sujet de la première observation, M. Péan, élève en médecine, et que sa guérison paraît être complète. L'un des commissaires avait vu le jeune homme pendant le cours de sa maladie, et l'avait jugé phthisique à un degré très-avancé. M. Duméril ajoute, en terminant son rapport, qu'on ne saurait tirer une conclusion générale d'un fait isolé, et qu'il pense que d'autres exemples de guérison sont nécessaires pour ne plus laisser aucun doute sur l'efficacité de ce moyen.

MORTALITÉ DES DIVERSES CLASSES DE LA SOCIÉTÉ. — M. Duméril fait

un rapport favorable sur deux notes statistiques de M. Benoiston, de Château-Neuf, intitulées : *Comment meurt le riche? Comment meurt le pauvre?* Les résultats principaux sont que la mortalité est plus grande parmi les pauvres que parmi les riches, et que la durée de la vie augmente dans les pays de montagnes. M. Benoiston, de Château-Neuf, a fait des observations sur six cents personnes des hautes classes de la société, tels que souverains, pairs de France, cardinaux, ministres, etc., pendant une période de huit ans, depuis le 1.er janvier 1820 jusqu'au 1.er janvier 1828 : il résulte des tables qu'il a dressées, que cent quarante et une personnes de cette classe, c'est-à-dire près du quart, ont succombé dans cet espace de temps. Des observations analogues, faites sur les habitans pauvres du faubourg S.t-Marcel, donnent une mortalité presque double.

Monstruosité. — M. Desportes adresse une lettre au sujet des recherches de M. Flourens relatives à l'action de la moelle épinière sur la circulation et la respiration. Cette lettre contient la description d'un jeune pigeon vivant chez lequel les os de la voûte du crâne manquaient absolument, qui offrait un spina bifida à la partie supérieure de la colonne vertébrale, et dont enfin le cerveau et toute la partie supérieure de la moelle, jusqu'au niveau des premières vertèbres dorsales, avaient entièrement disparu. M. Desportes cherche à prouver que ce fait est contraire à l'opinion émise par M. Flourens (Voyez *Archives générales*, tome XXI, pag. 306.) — M. Flourens répond que l'auteur s'est mépris en attribuant à la respiration ce qu'il avait dit de la circulation.

Instrumens lithotriteurs. — M. Pamard annonce qu'il est parvenu à fabriquer un lithotriteur courbe; il décrit avec quelques détails son nouvel instrument, qui, entre autres avantages, offre celui de briser la pierre en plusieurs morceaux, avant qu'elle ne soit entièrement perforée. Il demande à être admis au concours pour le prix Monthyon.

Séance du 17 août. — Communication des vaisseaux lymphatiques avec les veines. — M. de Blainville donne lecture d'une lettre de M. le docteur Dubled, agrégé de la Faculté de Paris, dans laquelle ce médecin annonce qu'il est parvenu à injecter le canal thoracique dans ses deux tiers inférieurs, et quelques vaisseaux lymphatiques environnans, en poussant un liquide par la veine cave inférieure. Il a observé que, pour que ce passage eût lieu, il fallait que cette dernière veine fût fortement distendue, et, pour vérifier ce fait, il a fait l'expérience suivante : La veine cave inférieure ayant été liée au-dessous du diaphragme, sur un animal vivant, il a trouvé, plusieurs heures après, du sang dans le canal thoracique et dans quelques autres vaisseaux du même système.

Emploi de l'iode dans les maladies scrofuleuses. — M. Duméril fait un rapport très-favorable sur le mémoire de M. Lugol relatif à l'emploi des préparations iodées dans les divers cas de scrofules.

Antidotes de quelques alcaloïdes. — M. Chevreul lit, au nom de M. Donné, une note très-intéressante dont voici les points principaux. En continuant ses recherches sur l'action du chlore, de l'iode et du brôme, sur quelques alcalis végétaux, tels que la morphine, la strychnine, etc., M. Donné a obtenu des combinaisons qui lui paraissent être des chlorures, des iodures et des bromures de ces bases régulièrement formés. Plusieurs ont une forme cristalline et une couleur particulière. Il obtient ces composés par la voie directe, en versant sur les alcaloïdes un mélange de chlore et d'alcohol, d'iode et d'alcohol, etc. L'action de ces nouvelles combinaisons sur l'économie animale est extrêmement remarquable : en effet, ces composés n'ont, même à hautes doses, aucune action délétère, quoique les bases végétales qui entrent dans leur composition soient douées des propriétés vénéneuses les plus énergiques. Cependant, les alcaloïdes ne sont nullement dénaturés dans ces combinaisons, puisqu'on peut les en séparer à l'aide d'un acide avec lequel ils forment des sels qui jouissent de toutes leurs propriétés accoutumées. Voici quelques-unes des expériences auxquelles il s'est livré : 1.° deux grains et demi d'iodure de strychnine ont été donnés à un chien, qui n'en a éprouvé aucun accident; l'animal n'a pas perdu un instant sa gaîté; 2.° deux grains et demi de brômure de strychnine ont été donnés le lendemain au même chien, il a paru inquiet, et il semblait ressentir des démangeaisons très-vives dans toutes les parties du corps, mais aucun accident n'est survenu; 3.° deux grains et demi de chlorure de la même base ont été administrés au même animal le surlendemain, sans occasionner aucun effet apparent.

Après avoir constaté l'innocuité de ces différentes préparations, il était important d'empoisonner d'abord les animaux avec les alcaloïdes, et de leur administrer ensuite le chlore, l'iode ou le brôme, comme autres poisons; c'est ce qu'a fait M. Donné de la manière suivante : 1.° deux grains de strychnine pure ont été donnés à un chien, auquel il fit prendre, huit ou dix minutes après, de la teinture d'iode; l'animal resta tranquille pendant une demi-heure, mais il fut ensuite pris de convulsions tétaniques auxquelles il succomba; 2.° un grain de strychnine pure donné à un chien, auquel on administra immédiatement après de la teinture d'iode, n'a produit aucun accident; 3.° deux grains de brucine pure donnés à un chien, auquel on a fait avaler immédiatement après du chlore mêlé à de l'alcohol, sont restés complètement sans action; 4.° la même expérience répétée avec deux grains de vératrine pure a été suivie du

même résultat; 5.° deux grains de brucine donnés à un chien, auquel on fit avaler aussitôt de la teinture d'iode, n'occasionnèrent aucun accident; 6.° la teinture de brôme parut avoir moins d'efficacité; administrée immédiatement après un grain de strychnine, elle n'a pas empêché l'animal de périr, au bout d'une heure, dans des convulsions affreuses; 7.° enfin, pour s'assurer que les alcalis végétaux n'étaient point dénaturés par leur combinaison avec l'iode ou le chlore, il a fait prendre environ deux grains de sulfate de strychnine, obtenu de l'iodure de cette base, à un chien qui n'a pas tardé à périr de tétanos.

M. Donné regrette que l'iode ou le chlore ne paraisse pas, jusqu'à présent, pouvoir arrêter l'action de ces substances délétères quand elles ont pénétré dans le torrent de la circulation; mais il n'en pense pas moins que, dans un cas d'empoisonnement par l'un de ces corps, on devrait faire prendre, le plus promptement possible, de la teinture d'iode ou de chlore, sans être retenu, dans un danger si pressant, par la crainte d'irriter ou d'enflammer les organes; il pense même que, dans un cas de ce genre, il serait bon de soumettre la personne empoisonnée à l'action des émanations de chlore ou d'iode.

Séance du 24 août. — PRINCIPE ACTIF DE LA RACINE DE CAINCA. — MM. François et Caventou annoncent à l'Académie qu'ils ont découvert, dans une plante du Brésil, un principe particulier qui offre un nouveau moyen de combattre l'hydropisie. La plante est un arbrisseau de la famille des rubiacées, connue sous le nom vulgaire de caïnca (*chiococca anguifuga*, de Martius.) Le principe dont il s'agit réside dans l'écorce de la racine; il est blanc, cristallisable en petites aiguilles brillantes, soyeuses, qui se groupent entre elles à la manière du muriate de morphine; il est inodore, d'une amertume aromatique très-forte, soluble dans l'alcohol absolu, l'éther, et fort peu dans l'eau; il n'est ni alcalin ni parfaitement neutre; il se rapproche plutôt des acides, car il se dissout parfaitement bien dans les dissolutions alcalines. C'est surtout par ses propriétés médicales que ce principe paraît destiné à prendre un rang distingué dans la matière médicale : il est éminemment tonique sans être irritant, et l'on peut en continuer très-long-temps l'usage sans que les malades en soient fatigués : par sa propriété purgative, il doit être rangé parmi les minoratifs les plus doux. Enfin, c'est un diurétique puissant, qui agit d'une manière spéciale sur les organes urinaires; il modifie la sécrétion de l'urine d'une manière qui lui est propre, car la quantité de ce liquide, évacuée après la première dose, n'est guère que double ou triple au plus de celle rendue le jour précédent; mais la diurèse une fois établie augmente graduellement, et se soutient sans fatiguer les reins ni la vessie; au contraire, jamais la propriété de ce nou-

veau médicament n'est plus évidente que lorsque les urines sont rares, brûlantes, foncées en couleur; dès les premières doses, elles deviennent plus abondantes, moins colorées, et leur émission n'est plus colorée.

Torsion des artères. — M. Amussat demande l'ouverture d'un paquet cacheté qu'il a déposé aux Archives le 1.er juin dernier. Ce paquet est ouvert; il contient les expériences de l'auteur sur la substitution de la torsion des artères à leur ligature.

Séance du 31 *août.* — Prix Monthion. — Le secrétaire donne lecture d'une ordonnance du Roi, en date du 23 août dernier, relative à l'emploi des fonds légués par feu M. de Monthion pour récompenser les découvertes et les travaux les plus marquans dans les sciences médicales. Parmi les diverses dispositions que contient cette ordonnance, on remarque les suivantes : 1.° la somme destinée à être donnée en prix ne pourra dépasser la moitié de celle qui forme le revenu annuel; 2.° les concurrens seront tenus d'indiquer la partie de leur travail où leurs découvertes se trouveront exprimées : dans tous les cas, la commission, chargée de l'examen du concours, fera connaître que c'est à la découverte dont il s'agit que le prix est décerné.

Chimie végétale. — Le docteur Cottereau, agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, envoye, pour être déposé au secrétariat, un paquet cacheté contenant de nouvelles découvertes en chimie végétale.

L'ordre du jour appelle l'élection d'un membre correspondant en remplacement de M. le docteur Thomassin, décédé. La liste des candidats se compose comme il suit : 1.° MM. Meckel, à Halle; 2.° Fodéré, à Strasbourg; 3.° Bretonneau, à Tours; 4.° Abercrombie, à Edimbourg, et Lallemand, à Montpellier, *ex æquo;* 5° Barbier, à Amiens; 6.° Brachet, à Lyon. Sur 38 votans, M. Meckel, ayant réuni 25 suffrages, est proclamé membre de l'Académie.

Séance du 7 *septembre.* — Gaz développés dans le tube digestif de l'homme. — M. Chevillot lit un mémoire sur l'analyse des gaz contenus dans les intestins de l'homme dans l'état de maladie. Après une analyse rapide des travaux publiés sur ce point de la science, l'auteur passe aux recherches qui lui sont propres. Les gaz sur lesquels il a fait ses expériences ont été extraits de cadavres, vingt-quatre heures au plus après la mort, à l'hôpital de la Charité. L'examen de ces gaz a été fait en tenant compte de la température, de l'âge, de la nature de la maladie et de celle des alimens, etc. Il a aussi cherché à en déterminer les différentes proportions dans les diverses régions du canal alimentaire. De ses recherches, M. Chevillot conclut :

1.° Qu'il existe six espèces de gaz contenus dans le tube digestif de l'homme mort de maladie, savoir : de *l'oxygène*, de *l'azote*, de

l'acide carbonique, de *l'hydrogène*, de *l'hydrogène proto-carboné*, de *l'acide hydro-sulfurique*;

2.° Que *l'azote* est le plus abondant de tous, et qu'il existe en plus grande quantité dans l'homme mort de maladie que dans l'homme sain;

3.° Que le gaz acide carbonique, le plus abondant après l'azote, existe en moindre quantité dans l'homme malade que dans l'homme sain; que ce gaz va généralement en augmentant dans le canal digestif à la température de 11 à 25 degrés centigrades, et qu'il diminue, au contraire, à celle de deux degrés au-dessous de zéro à celle de cinq au-dessus;

4.° Que, dans les sujets adultes, la quantité de gaz hydrogène est plus considérable à la température de 11 à 16 degrés, qu'à celle d'un degré au-dessous de zéro à six au-dessus; tandis que l'inverse a lieu chez les vieillards dans les mêmes circonstances de température;

5.° Que les sujets atteints d'adynamie ou de phthisie pulmonaire donnent en général peu ou point de ce gaz, et qu'on le rencontre principalement chez les sujets robustes, attaqués de maladies aiguës ou d'affections du système digestif;

6.° Que les sujets traités par les acides végétaux et les liqueurs spiritueuses ou éthérées, donnent aussi peu ou point de ce gaz;

7.° Enfin, que l'hydrogène est plus abondant dans les intestins grêles que dans l'estomac et les gros intestins, et que, par conséquent, sa quantité ne va pas en augmentant vers ces dernières comme on l'avait pensé jusqu'à présent.

L'auteur ajoute que, cherchant à se rendre compte de la présence de l'hydrogène dans les premières voies, il a soumis, pendant un temps déterminé, à une température semblable à celle de l'estomac et des intestins, les diverses substances recueillies dans les organes digestifs des sujets sur lesquels il avait fait ses expériences. Il a encore placé dans les mêmes circonstances un grand nombre de substances végétales et animales, alimentaires et médicamenteuses, simples et composées, et il a observé qu'un certain nombre lui a donné de l'hydrogène, tandis que d'autres n'en ont point laissé dégager. Dans un prochain mémoire, il se propose de faire connaître le résultat de ces diverses expériences.

Séance du 14 septembre. — MÉDECINE LÉGALE. — M. le docteur Brière de Boismont adresse un ouvrage manuscrit sur *l'interdiction des aliénés*. Voici les principales de ses conclusions : 1.° les divisions de la loi ont vieilli, et l'article 489 du Code civil doit être changé et remplacé par une classification plus en rapport avec les connaissances actuelles; 2.° l'interrogatoire, tel qu'il est, ne remplissant point le but, et pouvant conduire à de fâcheux résultats, il importe

qu'on lui substitue un mode plus convenable; l'examen de l'aliéné par des médecins assermentés auxquels on adjoindrait le médecin ordinaire; 3.° les demandes en interdiction ne doivent être accueillies qu'avec une extrême précaution. L'interdiction ne doit être prononcée de suite que lorque les intérêts de l'aliéné l'exigent impérieusement, autrement il faut la différer, l'ajourner et même la rejeter; un conseil judiciaire peut suffire dans ces cas; 4.° l'interdiction admise après un mûr examen, on ne doit point en donner main-levée dès qu'elle est sollicitée par le défendeur convalescent; en effet, on peut être induit en erreur par les intervalles lucides; la fréquence des rechutes ne doit pas moins fixer l'attention des magistrats.

Lithotritie. — M. le docteur Rigal, de Gaillac, lit un mémoire sur les perfectionnemens qu'il a apportés à la lithotritie. Les procédés généraux employés jusqu'à ce jour pour détruire mécaniquement la pierre dans la vessie sont au nombre de deux. Dans le premier, le chirurgien, après avoir fait, à l'aide du foret, un trou plus ou moins grand dans l'épaisseur de la pierre, est obligé de la lâcher pour la saisir dans un autre sens et la perforer de nouveau, et ainsi de suite jusqu'à ce qu'elle se brise sous l'effort de la pince qui la presse. Dans le second, on a pour but de ne pas se dessaisir du calcul jusqu'à ce qu'il soit réduit en fragmens; pour cela, on cherche à l'évider par le premier trou qu'on a fait, à creuser dans son intérieur, et à lui donner enfin, comme on le dit, la forme d'une coque plus ou moins friable. C'est toujours par l'action de la pince, agissant de la circonférence vers le centre, que s'opère le brisement de la coque. Il ne reste plus ensuite qu'à comminuer les fragmens qui en résultent, jusqu'à ce qu'ils puissent sortir spontanément par les voies naturelles Frappé des inconvéniens qu'il entrevoyait dans ces procédés, et surtout effrayé par la crainte de laisser dans la vessie des fragmens capables de reproduire la maladie, M. Rigal, en arrêtant sa pensée sur la lithotritie, se demanda d'abord s'il ne serait pas possible d'attaquer la pierre de l'extérieur à l'intérieur, de la gratter à-la-fois sur toute sa surface, et de la diminuer ainsi dans toutes ses dimensions jusqu'à ce qu'il ne restât plus qu'un noyau assez petit pour être amené au-dehors. Meyrieux avait déjà dirigé ses recherches vers ce but, et les instrumens proposés par lui ont, dit-on, reçu d'heureux perfectionnemens entre les mains du professeur Récamier. M. Rigal, occupé de résoudre le même problême, imagina d'abord que, si l'on parvenait à fixer solidement la pierre sur le foret qui l'aurait percée, on pourrait continuer à mettre celui-ci en mouvement, et forcer ainsi le calcul à s'user par le frottement contre les branches de la pince que l'opérateur lâcherait suffisamment pour permettre la rotation. La pince fournirait donc le moyen de saisir les calculs et deviendrait

ensuite une sorte de grugeoir dans le second temps de l'opération, M. Rigal reconnait que cette idée lui a été suggérée par la vue d'un instrument de M. Leroy (d'Etiolles), qu'il se plait d'ailleurs à signaler comme l'inventeur de la lithotritie. Il fallut d'abord songer à grossir le diamètre du foret, après qu'il aurait opéré la première térébration, et à le fixer dans l'intérieur du calcul; c'est alors qu'il inventa son *foret à chemise*, dont voici la description : une tige d'acier, terminée par un fer de lance, et recouverte d'un tube de même métal fendu en plusieurs branches vers son extrémité vésicale. C'est à cette dernière pièce que l'auteur donne le nom de *chemise du foret* : elle est combinée avec celui-ci de telle sorte que le point le plus élargi du fer de lance lui trace d'abord la voie, et qu'elle n'a pas le moindre effort à supporter tant que le foret pénètre dans le calcul. Arrivés ensemble dans l'intérieur de ce dernier, on n'a qu'à retirer à soi la tige du foret, pour que sa tête s'engage, à la manière d'un coin, entre les branches de la chemise, et leur fournisse un point d'appui solide à l'intérieur, tandis que leur face extérieure presse fortement contre les parois du trou préalablement pratiqué. Une vis de pression sert à fixer la chemise sur la tige du foret, et retient l'appareil dans la position où le chirurgien l'a placé : ainsi emmanché, le calcul ne forme plus qu'un seul corps avec l'instrument. Pour le mettre en mouvement, et ramener peu à peu la pierre contre les branches de la pince destinées à le broyer, M. Rigal a imaginé un chevalet très-ingénieux; c'est un petit tour en l'air dont la poupée mobile marche sur une tige carrée qui enfonce le support à l'aide d'un pignon adapté au bas de cette poupée, et qui s'engrène dans une crémaillère pratiquée à l'intérieur d'une mortaise parcourant la longueur de la tige carrée. Ainsi, la poupée avance ou recule selon qu'on tourne la clef du pignon dans un sens ou dans l'autre : ce mécanisme, fort simple et bien supérieur au ressort à boudin qui détermine le mouvement de translation du lithotriteur de M. Civiale, donne au chirurgien la conscience de la force qu'il emploie pour percer le calcul. Ce procédé, cependant, est très-rarement applicable, moins à cause de la forme irrégulière des pierres que par leur défaut de résistance à l'action du foret à chemise. Dans les nombreux essais qu'il tenta, M. Rigal s'aperçut bientôt qu'il était très-difficile de fixer le calcul sans courir le risque de le briser en éclat, et c'est, en effet, ce qui arrive dans la plupart des cas. Il essaya alors de tirer parti de cette circonstance, qu'il n'avait pas prévue auparavant. En perdant l'avantage de réduire les calculs en poudre, l'auteur était donc arrivé à les briser avec une facilité que ne donne aucun autre appareil instrumental. En effet, à l'inverse des branches de la pince ordinaire, le foret à chemise tend à faire éclater la pierre par une

force qui agit du centre à la circonférence, et, par ce mouvement, elle se rompt sans efforts et sans secousses. Partant de ce principe, il a fait construire divers brise-pierres centrifuges, les uns armés de tête, les autres sans tête, et susceptibles d'être amenés au dehors de la pince, et d'être remplacés les uns par les autres dans le cours d'une même opération. On se fait difficilement l'idée de l'efficacité de ces instrumens : une pierre de dix-huit lignes de diamètre est brisée en un instant, et les gros quartiers, repris par la pince, sont rompus de la même manière, ou à l'aide d'autres *saxifrages* très-ingénieux dont l'invention appartient au même auteur.

Si l'on avait affaire à des pierres tellement volumineuses que l'on pût craindre de les voir résister au foret à chemise, M. Rigal propose de commencer l'opération avec un perforateur dilatable qui peut percer des trous d'un pouce de diamètre, puis se retirer complètement au dehors de la gaîne, et servir à grossir la pince au-delà de son élasticité naturelle. Cet instrument représente assez bien un parapluie dont les baleines, formées par trois couteaux mobiles, sont relevées par les fourchettes, et vont arcbouter contre l'extrémité du foret maintenu dans sa rectitude par trois étais qui se font équilibre; un mécanisme extérieur règle la dilatation du forêt, et le fait passer par tous les points intermédiaires entre le plus grand et le plus petit diamètres. Quant aux moyens de faire agir le perforateur, M. Rigal croit essentiellement utile de remplacer l'archet par un vilebrequin à engrenage. M. Pravaz a adopté un moteur de ce genre. M. Rigal se sert en outre, pour ses opérations, d'un lit pupître, présentant, sous un très-petit volume, tous les avantages du lit mécanique de M. Heurteloup.

Ce mémoire est terminé par la description d'une nouvelle sonde que M. Rigal a inventée pour redresser le canal de l'urètre, quelle que soit sa courbure, sans le moindre danger et sans douleur pour le malade. Cette sonde renferme, à son extrémité vésicale, un écrou flexible, monté sur un mandrin droit taraudé : cet écrou, dont la longueur est de trois pouces et demi, représente assez exactement le ressort spiral d'une bretelle, et est agencé de manière à faire corps avec les parois de la sonde. Si l'on porte dans son intérieur un mandrin courbe, chacune des hélices dont le ressort spiral se compose s'éloigne de la plus voisine dans le sens de la convexité, et s'en rapproche au contraire dans le sens opposé. Ces mouvemens partiels sont très-bornés, et il en résulte cependant une grande flexibilité du corps de l'instrument. On peut donc varier à l'infini, et selon l'exigence des cas, la courbure de la sonde, en changeant celle du mandrin, comme cela se pratique tous les jours.

Qu'on suppose maintenant la sonde arrivée dans la vessie, et sa

moulant sur la forme du canal de l'urètre, si, dans l'intérieur du tube, on remplace le mandrin courbe par un autre mandrin droit taraudé, en le faisant tourner sur lui-même, dès que le premier filet de l'écrou aura pris sur la vis, on rappellera insensiblement les autres, et la sonde, de courbe qu'elle était, deviendra droite, à l'insçu pour ainsi dire du canal de l'urètre, car, à chaque tour du mandrin, on ne redressera qu'une portion égale en longueur à la faible distance qui sépare un filet de celui qui le suit.

Rétention d'urine. — M. le docteur Leroy (d'Etioles), lit un mémoire sur la *rétention d'urine produite par l'engorgement de la prostate*. Après avoir exposé rapidement les phénomènes qui accompagnent l'engorgement inflammatoire de cet organe, et les moyens que l'on emploie pour le combattre, M. Leroy dit que lorsque la rétention d'urine est complète ou presque complète, et l'introduction des bougies presque impossible, on doit recourir à l'application d'un moyen déjà recommandé par plusieurs auteurs, et qui consiste à fixer une bougie en contact avec le rétrécissement. La secrétion muqueuse qui résulte de cette pression amène le dégorgement du point rétréci; l'urine suinte en plus grande abondance, et souvent alors l'introduction d'une petite sonde devient possible. Cependant il est difficile de fixer la bougie d'une manière convenable; peu résistante, elle se recourbe lorsqu'on presse sur elle. Pour éviter cet inconvénient et pouvoir exercer sur son extrémité une pression constante, M. Leroy a imaginé l'appareil dont voici la description : la sonde conductrice de Ducamp sert à diriger la bougie et à lui servir de soutien ; elle est fixée en contact avec l'obstacle, non par des limes flexibles, mais par deux petites tiges métalliques à coulisse qui vont se joindre, par une articulation orbiculaire, à deux portions de cercles qui embrassent les aines et y sont fixées par des sous-cuisses et un bandage de corps. Au-dessous du pavillon de la sonde conductrice, s'élèvent deux autres tiges métalliques, longues de deux pouces, dans lesquelles glisse, au moyen de deux anneaux latéraux, un petit poids percé à son centre pour donner passage à la bougie, et muni d'une vis ou de tout autre moyen de pression, destinée à le fixer sur elle. C'est ce poids qui est chargé de pousser, par une action continue, la bougie contre le rétrécissement. Dans un autre appareil, M. Leroy a remplacé ce poids par des ressorts en spirale qui exercent une traction sur la bougie, et tendent ainsi à le faire pénétrer. A l'aide de cet instrument, il est parvenu à frayer une route à l'urine et aux sondes dans plusieurs cas où le rétrécissement était tel, qu'il ne restait d'autre ressource que la ponction de la vessie. Entr'autres exemples de succès, l'auteur rapporte l'histoire d'un ancien officier de marine auquel il a pratiqué dernièrement l'opération

du broiement de la pierre, et chez lequel des fragmens engagés dans le canal avaient produit un petit abcès de la prostate, et par suite une rétention d'urine.

M. Leroy décrit ensuite le gonflement chronique de la prostate, et spécialement de la portion de cette glande que M. Everard Home a décrite comme un moyen lobe. C'est à tort, suivant lui, que l'on regarde généralement avec Chopart, comme produite par une paralysie de vessie, la rétention d'urine dans laquelle la sonde traverse le canal sans y trouver d'obstacles. D'après les observations qui lui sont propres, il pense que le gonflement de la portion de la glande qui avoisine le col de la vessie, peut déterminer une rétention d'urine sans cependant apporter aucun obstacle à l'introduction des sondes courbes, même du plus gros calibre. Il est plusieurs fois parvenu à faire disparaître complètement ces rétentions d'urine par un moyen bien simple, qui consiste à introduire avec un mandrin courbe, jusques dans la vessie, une grosse bougie creuse, à retirer le mandrin, et à insinuer à sa place une tige droite. Il laisse, pendant un quart-d'heure ou une demi-heure, cette sonde rendue droite dans le canal, après quoi il la retire pour recommencer le lendemain. Sur neuf malades affectés de cette espèce de rétention d'urine, cinq ont recouvré, dans l'espace de quinze jours, la faculté d'uriner sans sonde.

VARIÉTÉS.

— Le célèbre M. Vauquelin, l'un de nos plus habiles chimistes, professeur-honoraire à la Faculté de Médecine de Paris, a succombé le 14 du courant, à onze heures du soir, aux suites d'une longue et douloureuse maladie, au château d'Hébertot, arrondissement de Pont-l'Evêque, près du village d'Hébertot-Saint-André, où il était né le 16 mai 1763, d'une famille estimable, mais pauvre.

Prix proposé par la Société de Médecine de Louvain.

Dans sa séance du 24 février dernier, la Société a résolu de remettre au concours la question suivante :

« Exposer le diagnostic général et comparatif des affections aiguës et chroniques du système cérébro-spinal et de ses membranes. »

La Société donnera la préférence au mémoire qui présentera le

rapprochement le plus complet des faits et des progrès de la science relativement à cette branche de la séméïdique médicale.

Le prix consiste en une médaille d'or de la valeur de 20 ducats.

Les mémoires devront être adressés dans les formes académiques, avant le 1.er octobre 1830, à M. Leroy, secrétaire, rue Marengo n.° 5., à Louvain.

Le monstre bicéphale, né le 12 mars dernier à Sassari en Sardaigne, connu sous le nom de Rista-Cristina, et qui était depuis environ un mois à Paris, est mort le 21 du courant vers neuf heures du soir. Dans notre prochain numéro, nous donnerons des détails sur ce phénomène intéressant et les résultats qu'a fournis l'examen anatomique.

BIBLIOGRAPHIE.

Anatomie des formes extérieures du corps humain, appliquée à la peinture, à la sculpture et à la chirurgie; par P. N. Gerdy, *professeur d'anatomie, de physiologie et de chirurgie, agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, chirurgien en second de l'hôpital de la Pitié, etc. Paris, chez Béchet jeune.* 1829. *In*-8.°, 363 *pp. avec fig. et atlas.*

Cet ouvrage se compose de trois parties : 1.° de la description des formes extérieures et de leur explication anatomique; 2.° de l'exposition des différences que ces formes présentent suivant les âges, les sexes, les tempéramens, les climats, le repos, les mouvemens ou les passions qui les modifient; 3.° de la description des os, de leurs articulations, des muscles, des veines superficielles, du tissu cellulaire sous-cutané, de quelques autres parties qui font relief à l'extérieur, et de la peau qui les enveloppe toutes. La première partie, celle que l'auteur vient de publier, forme à elle seule un ouvrage complet, et sans analogue parmi les traités généraux et spéciaux publiés jusqu'à ce jour sur l'anatomie. Après avoir montré, dans une introduction rapide, quelle exactitude et quelle précision l'anatomie peut donner aux arts du dessin, il trace l'histoire des formes de toutes les parties du corps, qu'il décrit et qu'il explique jusque dans leurs détails les plus minutieux, en étudiant successivement celles de la tête, de la face, du cou, du tronc et des membres. Afin de faire mieux sentir l'importance de ces descriptions, l'auteur en fait l'application aux chefs-d'œuvre que renferment les musées du Louvre, ainsi que l'ate-

lier de moulage qu'on a établi dans ce palais. Ses observations critiques sur ces nombreux sujets de peinture et de sculpture sont d'autant plus intéressantes pour l'artiste, qu'elles rendent moins aride pour lui l'étude de détails anatomiques très-multipliés, détails dont il peut apprécier bien mieux toute l'importance par les exemples qu'on lui signale et qu'il peut consulter.

Indépendamment des notes critiques sur les ouvrages de peinture et de sculpture que l'auteur cite comme exemples de ces descriptions, il en est d'autres, non moins nombreuses, relatives aux applications chirurgicales que fournit l'étude des formes extérieures du corps. Ces notes, distinctes des premières par de petites lettres italiques, renferment beaucoup de faits d'anatomie et de chirurgie dignes d'attention, et qui sont le résultat des observations particulières de l'auteur. Tels sont les remarques sur la forme des tubercules des dents, les rapports indiqués entre les dents molaires et les trous orbitaires et mentonniers pour faciliter la section des nerfs qui passent par ces trous, ceux du fond de la fosse canine avec le fond du sinus maxillaire pour la perforation de ce sinus (p. 30, 31); la description de la coloration des yeux (p. 40); les rapports de la fossette intermédiaire aux deux faisceaux inférieurs du sterno-mastoïdien avec les vaisseaux et les nerfs les plus volumineux du cou (p. 55); les rapports de la fossette hyoïdaire avec les artères carotides, thyroïdiennes supérieures, sublinguale (p. 61); les rapports de deux ouvertures antérieures latérales du diaphragme qui font communiquer le médiastin avec l'épigastre (p. 79); les rapports de la fossette sous-clavière avec l'artère axillaire pour la lier (p. 82); ceux de la partie inférieure du sillon latéral du dos avec le point le plus déclive des plèvres pour l'opération de l'empyème (p. 98); l'indication du point où les plèvres se réfléchissent latéralement du diaphragme sur les côtes, et dont la détermination est importante pour cette même opération (p. 120); la structure du sillon latéral du ventre (p. 131); les rapports du sillon lombaire latéral qui peuvent permettre, suivant l'auteur, de pratiquer, dans certains cas, l'ouverture des lombes et des reins, la ligature de l'aorte ventrale et de la veine cave (p. 149); les rapports des formes du moignon de l'épaule avec les parties de l'articulation pour faciliter l'extirpation du bras (p. 171); les rapports du long extenseur du pouce avec l'artère radiale à son entrée dans la paume de la main (p. 216); la disposition réciproque de la rotule, du condyle externe du fémur et l'obliquité du ligament de la rotule, qui expliquent la fréquence des luxations de cet os en dehors comparativement à celles en dedans, et qui en donnent la véritable théorie (p. 252); les rapports du tubercule antérieur et externe du tibia avec le jambier antérieur et l'artère ti-

biale antérieure pour lier cette artère (p. 267); des observations nouvelles sur la peau et sur les proportions des principales parties du corps de l'homme adulte (p. 311). Enfin, nous citerons encore un exemple de trépanation de l'épine de l'omoplate faite avec succès par l'auteur dans un cas de fistule de la fosse sus-épineuse (p. 105), des remarques critiques sur les hernies du ventre (p. 122) et sur l'hypothèse de la section incomplète de filets nerveux pour expliquer divers accidens graves des plaies (p. 293). Ces différentes citations suffiront pour montrer que l'ouvrage de M. Gerdy n'est pas seulement utile aux artistes qui se livent à la peinture et à la sculpture, mais qu'il renferme aussi une foule de documens qui intéressent directement le médecin praticien et les élèves qui étudient l'anatomie et la chirurgie.

L'atlas joint à l'ouvrage se compose de trois figures ombrées qui représentent avec exactitude les saillies et les dépressions qui caractérisent les formes extérieures du corps : ces trois figures correspondent au même sujet, dessiné au trait, et réuni au texte. L'auteur a indiqué par des chiffres, sur cette esquisse, les parties qui forment les reliefs et les dépressions qu'on observe sur les différentes régions du torse et des membres.

Der selbstmord, etc. — Du suicide considéré dans ses rapports avec la police médicale et la médecine-légale. In-8.° de VI et 113 *pages. Berlin*, 1828.

M. Heyfelder fait remarquer avec raison la haute importance de ce sujet pour l'état et pour les individus; il a été frappé de l'augmentation continuelle du nombre des suicides, et il a écrit sa dissertation. Déjà Casper avait étudié les causes du suicide avec beaucoup de sagacité et de profondeur dans un ouvrage que l'Allemagne estime à juste titre; ce médecin a cherché à connaître comment le cœur humain se déprave, et quelles influences l'éloignent des sentimens religieux ou le livrent au dégoût de la vie. Confirmer les résultats des recherches de Casper, tel est le but du docteur Heyfelder; sa dissertation est un examen du suicide vu dans ses rapports avec la médecine légale et avec la police médicale. Elle n'eut point conduit l'auteur à son but si les hypothèses et les abstractions que son sujet a si souvent inspirées n'avaient été écartées avec soin. M. Heyfelder ne s'est occupé que de faits, et il s'est efforcé de porter la lumière sur quelques points encore peu connus de l'histoire du suicide.

Le nombre des suicides s'accroît sans cesse, tel est le cri général.

Ils figurent sur les tableaux de mortalité à Berlin de 1788 à 1797 pour un chiffre de 62 ; de 1797 à 1808 pour 123 ; ils s'élèvent au nombre de 546 de 1813 à 1822. Même augmentation à Paris, les rapports du conseil de salubrité de la Seine en font foi ; on y voit le nombre des suicides être, en 1817, de 351 ; et en 1826, de 511. Suivant Altenhofer, on ne compta, de 1808 à 1811, sur 285,000 habitans, que 94 suicides : il y en eut, en 1823, 986 ; en 1824, 1069 ; en 1825, 1065 ; en 1826, 966 ; et en 1827, 1176 : nombre difficile à croire, même en tenant compte de l'augmentation de la population. A Francfort sur-le-Mein, ville peuplée de 56,000 habitans, il y eut, en 1823, 100 suicides. La mort volontaire n'est pas moins commune à Copenhague qu'à Londres, on compte dans cette capitale un suicide par mille habitans. On n'a pas des documens positifs sur la statistique des suicides en Angleterre.

M. Heyfelder examine la mort volontaire dans ses rapports avec les âges, avec le sexe, avec les climats, avec les habitudes des peuples, et avec l'intensité des sentimens religieux chez les diverses nations policées de l'Europe. On a remarqué que dans les pays où le suicide était rare, en Espagne, par exemple, le nombre des meurtres était beaucoup plus considérable qu'ailleurs.

Ces considérations conduisent M. Heyfelder à étudier la mort volontaire dans ses rapports avec la médecine légale ; c'est-à-dire, à déterminer les signes par lesquels on peut constater qu'il y a eu suicide ou assassinat, lorsqu'un cadavre est trouvé sur le grand chemin, dans l'eau, dans un lieu écarté quelconque. Ces recherches sont du plus haut intérêt pour la sûreté des états et des particuliers, et il importe d'autant plus d'en déduire des données positives, que le public est disposé à soupçonner un crime toutes les fois qu'il y a eu mort soudaine ou découverte d'un cadavre dans un lieu isolé. M. Heyfelder termine ce chapitre intéressant par une citation de Ludwig qu'on ne saurait trop méditer :

In re dubia ad mitiorem semper sententiam regrediendum est, ne homicidium priori jungatur.

Ludwig, *Inst. Med.*, *for.* §. 20.

Le chapitre suivant traite des divers genres de suicide dans leurs rapports avec les mœurs et les habitudes des nations, avec les maladies ; et là se trouvent des recherches sur les lésions organiques qui ont été trouvées dans les cadavres des suicidés considérées sous le point de vue spécial de leur influence possible sur la mort volontaire. M. Heyfelder cite plusieurs exemples de suicides remarquables par leur bizarrerie. Il examine avec un soin particulier les signes qui peuvent faire connaître que la mort a été volontaire ou violente, lorsqu'un individu a été trouvé pendu, noyé, asphyxié, empoisonné, tué

par la chute du corps d'un lieu élevé, par l'explosion d'une arme à feu, par un instrument piquant, tranchant ou contondant; par la faim; chacun de ces genres de mort est étudié en particulier. Son histoire est un précis d'un grand nombre de faits intéressans, et elle est complétée par des détails d'anatomie pathologique. Une notice bibliographique termine le mémoire de M. Heyfelder, le meilleur des ouvrages qui ont été écrits sur l'histoire médico-légale du suicide.

MONTFALCON.

De l'orthomorphie, par rapport à l'espèce humaine; ou Recherches anatomico-pathologiques sur les causes, les moyens de prévenir, ceux de guérir les principales difformités, et sur les véritables fondemens de l'art appelé orthopédique; par J. DELPECH, *professeur de chirurgie clinique en la Faculté de Médecine de Montpellier, etc. Paris*, 1828-1829; *in-8.° Deux vol. avec atlas in-fol. de* 78 *planches et de* 9-114 *pages de texte. Chez Gabon.*

Au milieu des publications nombreuses et des discussions animées que des motifs trop souvent étrangers aux progrès des sciences ont fait naître sur l'orthopédie, on se plaira certainement aux travaux d'un homme de conscience et de talent qui s'est voué à l'exploration de cette partie intéressante de la médecine. Quelqu'opinion qu'on doive se former sur les doctrines que M. Delpech a émises dans son ouvrage, qu'on y adhère entièrement ou qu'on y oppose de fortes objections, on gagnera toujours à les étudier. Nous chercherons donc à faire connaître l'œuvre de ce célèbre professeur, par un extrait aussi fidèle que nous le permettra la concision qui nous est est prescrite.

Dans le premier chapitre, l'auteur se livre à quelques considérations sur la disposition anatomique des moyens articulaires des diverses pièces osseuses qui composent le squelette, et sur le mécanisme des déformations des articulations. Il cherche surtout à démontrer que les muscles qui environnent les articulations ont une grande part à la solidité des connexions osseuses, ce qui fait pressentir que la lésion de l'appareil musculaire forme une des causes puissantes des difformités. — Deux faits généraux, puisés dans les lois de développement des articulations, président à toutes les déformations. *a*. Si, par une inclinaison, une situation insolite d'une pièce osseuse, il arrive que tout contact cesse constamment ou le plus souvent entre un point de sa surface et le point correspondant de l'os opposé, là, la résistance ayant manqué, la force de développement dépasse les limites : il y a volume exubérant et forme insolite. *b*. S'il y a, entre

deux points des surfaces osseuses opposées, pression insolite, prématurée, constante, extrême, il y aura défaut de dimensions, altération des formes, rapports insolites, désharmonie dans la situation et l'effet des contractions des muscles. Ces circonstances ont des effets plus certains, plus rapides, plus intenses, pendant les temps consacrés au développement du corps. — La moindre altération de la totalité des moyens articulaires, quelquefois même d'un seul, peut entraîner des déformations fort graves.

Les cinq autres chapitres sont consacrés à l'examen des causes des difformités, à celui des effets qu'elles produisent, à leur diagnostic, à leur pronostic, enfin aux moyens thérapeutiques qu'on doit leur appliquer.

La débilité musculaire, amenée par des circonstances très-diverses, et surtout par un accroissement rapide du corps, peut donner lieu à des déformations nombreuses; les rapports des os entre eux sont nécessairement altérés par suite d'une diminution dans la force des muscles. Tant que les conditions durent, la déformation existe; mais elle ne devient permanente que sous l'influence de circonstances qui la favorisent. C'est ainsi que des difformités se sont guéries spontanément après l'âge de puberté par l'augmentation de la force musculaire. — Les attitudes vicieuses, auxquelles on a tant attribué de difformités, ne doivent en être considérées que comme des causes occasionnelles. L'observation prouve que certaines professions qui exigent des positions ou des mouvemens contraires à la régularité des formes, n'exposent pas davantage que toute autre aux déviations qu'elles sembleraient devoir produire. Un fait curieux rapporté par M. Delpech montre que trente ans d'habitude n'ont pu rendre permanentes des inflexions du corps qu'avait nécessitées certaines circonstances. — La paralysie et la contracture de certains muscles peuvent produire diverses difformités. Deux observations de pied-bots produits, dans un cas, par la paralysie des muscles de la face externe de la jambe, dans l'autre, par la contracture des muscles du mollet et de la face postérieure de la jambe, portent l'auteur à croire qu'il doit en être de même dans la production de certaines difformités de l'épine dont on ne peut assigner l'origine; que les affections des nerfs doivent avoir la même influence sur les muscles du tronc que sur ceux des membres auxquels ils se distribuent. — Une autre cause de difformités de l'épine et des membres, est la déformation accidentelle de quelqu'une des parties environnantes. Ainsi l'on sait, depuis que Laennec l'a signalé, que, dans le cas de cavernes du poumon ou de suppuration de la plèvre, les cavités qui se sont formées dans l'intérieur de la poitrine tendent à s'effacer, et que, dans ce but, les côtes correspondantes s'inclinent en bas et en dedans, et l'épine se déverse sur

un côté ou sur la partie antérieure. M. Delpech, dans un autre travail, a cherché à démontrer que ce phénomène était dû à la coarctation d'un tissu nouveau produit par l'inflammation suppurative. (V. *Clinique chir. de Montpellier*, tome XI.) — L'inégalité native des organes parallèles constitue une cause de difformités importante à considérer. Cette différence de développement dans les deux moitiés du corps s'observe chez les sujets de l'un et de l'autre sexe qui présentent des signes de difformités en bas âge. Voici le mécanisme des gibbosités de cette espèce. La brièveté congéniale de l'un des membres inférieurs, ordinairement du gauche, entraîne l'abaissement de la hanche correspondante. Le tronc s'incline du côté opposé pour rétablir l'équilibre. L'inflexion de l'épine dans la région lombaire en détermine une secondaire à la région dorsale en sens inverse. Une troisième survient ensuite à la région cervicale. La difformité peut s'arrêter et se conserver à l'un des trois degrés. Ce fait de développement inégal des membres inférieurs donne l'explication d'un grand nombre de gibbosités qu'on attribuait à des attitudes vicieuses, tandis que celle-ci n'en sont que l'effet. Il rend raison de la fréquence de la direction à gauche de la concavité des courbures dorsales de l'épine rapportée à d'autres conditions. — Les pieds-bots se rattachent, par leur cause ordinaire, aux gibbosités de l'espèce précédente. La brièveté native ou accidentelle de quelques muscles, particulièrement de ceux du mollet, en est la véritable cause. — L'affection propre des fibro-cartilages inter-vertébraux est une des causes les plus puissantes et les plus fréquentes des difformités de l'épine ; elle prend une grande part aux déformations les plus bizarres qui s'y observent. Cette affection, distincte du mal vertébral de Pott, et probablement de nature analogue à celles que produit le vice scrofuleux, consiste dans un gonflement, un ramollissement, une espèce d'infiltration de la propre substance des fibro-cartilages. C'est elle qui rend dangereuses les attitudes gênantes, et qui favorise l'action de la plupart des autres causes, qui, sans elle, n'auraient que des effets passagers. La déviation de l'épine que produit l'affection des fibro-cartilages inter-vertébraux, lorsqu'il n'y a pas défectuosité native des membres abdominaux, peut s'accomplir partout et commencer indifféremment à la région cervicale, à la région dorsale ou à la région lombaire. L'épine peut être entraînée dans toutes sortes de directions, qui détermineront nécessairement au-dessus et au-dessous d'autres courbures en sens inverses. De plus, on observe quelquefois, au milieu d'incurvations générales, le déversement dans un sens différent et même opposé, d'une ou plusieurs vertèbres, soit contiguës, soit distantes entre elles. Les difformités causées par cette affection peuvent souvent, lorsqu'elle agit seule, se dissiper spontanément ou à la suite de moyens de peu d'im-

portance. Mais les cas de cette espèce sont au nombre de ceux où l'ankylose est le plus à craindre.—Le rhumatisme, que l'auteur considère comme pouvant produire une inflammation et un engorgement de longue durée, mais jamais de lésion organique des articulations, est susceptible de produire de grandes difformités de l'épine par la contracture musculaire qu'il détermine, par l'inflammation prolongée des tissus fibreux et par l'altération primitive ou secondaire des fibro-cartilages. Les difformités de cette espèce, qui, quelquefois, sont très-considérables, sont de toutes les moins difficiles à effacer.—Le ramollissement des os, connu sous le nom de rachitisme, et dont la cause réside, suivant M. Delpech, dans une affection propre de l'organe médullaire, est une cause fâcheuse, mais heureusement fort rare, de difformités, auxquelles l'art ne peut apporter que peu de remède. Le rachitisme provient de *divers modes d'affections* de l'organe médullaire.—Pour parvenir à la guérison des difformités qui en dérivent, il faut combattre les états morbides où elles prennent leur origine. Les secours de la mécanique ne doivent être invoqués que postérieurement, et ne peuvent, malgré l'assertion de plusieurs auteurs, constituer le principal mode de traitement. —L'état tuberculeux des os, sur lequel M. Delpech a, le premier, attiré l'attention dans un ouvrage bien antérieur (*Précis élémentaire des maladies chirurg.*), donne souvent lieu à des difformités de l'épine ou des membres. C'est cet état qui, dans l'épine, constitue exclusivement le *mal vertébral de Pott*, dont les phénomènes sont bien connus. Le repos est nécessaire à la guérison de cette maladie. Dans la région dorsale, les côtes prêtent un point d'appui qui n'existe pas dans la région cervicale, ce qui rend l'affection de cette dernière plus dangereuse. Les moyens mécaniques, appliqués avec réserve, peuvent être utiles. Les mêmes principes s'appliquent aux difformités provenant de l'état tuberculeux des extrémités articulaires ou de toute autre affection des articulations, que l'on a confondue avec les premières sous le nom de *tumeur blanche*.

Nous avons donné un résumé de la partie la plus importante de l'ouvrage de M. Delpech, de celle qui concerne les diverses causes des difformités; il peut donner une idée de la manière dont ce professeur a envisagé son sujet. Nous ne nous étendrons pas sur les chapitres suivans, où il examine les effets que produisent les difformités dans les moyens articulaires proprement dits, dans les muscles, dans les appareils des diverses fonctions, et dans l'ensemble de ces dernières. L'auteur étudie ensuite les signes communs des difformités et ceux que chacune d'elles présente suivant la cause qui lui a donné naissance; et avant de passer à leur thérapeutique, il examine si les difformités peuvent guérir spontanément et sans le

secours de l'art; dans quelles conditions cette guérison spontanée peut avoir lieu; jusqu'à quel âge les difformités sont capables de se produire; jusqu'à quel âge elles sont susceptibles de guérison; quelles sont celles, enfin, que l'on peut espérer de guérir?

Dans un prochain article, nous analyserons la dernière partie de l'ouvrage, dans laquelle sont exposés les moyens thérapeutiques propres à guérir les difformités. Nous aurons alors occasion de revenir sur quelques détails que nous avons dû omettre aujourd'hui pour éviter les répétitions, et d'apprécier l'ensemble du travail.

Clinique médicale, ou Choix d'observations recueillies à l'hôpital de la Charité (Clinique de M. LERMINIER*), par* G. ANDRAL*, professeur à la Faculté de Médecine de Paris, membre de l'Académie royale de Médecine, etc., etc. Deuxième édition, revue, corrigée et augmentée; t. I et II. Maladies de poitrine. Paris, chez Gabon.* 1829, *in*-8.° (L'ouvrage aura cinq volumes.)

Les Archives firent connaître, lors de leur apparition, chacun des volumes de la *Clinique médicale*. La date en est encore peu éloignée, et le succès rapide de l'ouvrage a prouvé, beaucoup mieux que les justes éloges que nous lui donnerons, son mérite et son utilité. Ce succès d'un livre assez volumineux, presque tout entier composé de faits, est une preuve du goût des solides études qui s'est répandu parmi la jeunesse. L'ouvrage de M. Andral commandait l'attention par le choix qu'avait su faire l'auteur, au milieu des matériaux fournis par une vaste clinique, de ceux qui répondaient le mieux aux besoins de l'époque. L'art du diagnostic, confirmé dans un grand nombre de points jusqu'alors peu certains, perfectionné dans d'autres; l'anatomie pathologique enrichie d'observations neuves, ou de descriptions plus exactes, et par-là la pathologie éclairée de lumières nouvelles; quelquefois même la thérapeutique soulevant, contre une doctrine un peu trop ambitieuse, de sérieuses difficultés, tels étaient les titres de la *Clinique médicale* à l'estime des élèves studieux et des médecins zélés pour les progrès de la science. Ils sont encore les mêmes aujourd'hui, et l'on peut promettre à l'édition que nous annonçons autant de succès qu'en a eu la première. L'auteur, tout en conservant sans exceptions les faits qu'il avait publiés, a fait à son ouvrage des changemens assez considérables. Les observations qu'il avait données pour des exemples de *fièvres essentielles*, il les considère aujourd'hui sous un autre point de vue, et doit les classer parmi celles qui se rapportent aux maladies du cerveau ou des organes contenus dans l'abdomen. Beaucoup de réflexions placées à la suite des

faits, et les résumés généraux ont été modifiés. Les deux volumes parus jusqu'à présent en offrent de nombreux exemples. Nous avions l'intention de faire connaître ces changemens ; mais comme ils se rapportent à des opinions ou à une doctrine qui, pour n'être pas altérées, doivent être exposées dans leur ensemble, nous attendrons pour remplir cette tâche, la publication des parties de la *Clinique*, dans lesquelles les idées nouvelles de l'auteur devront être nécessairement énoncées d'une manière plus complète.

Dictionnaire universel de matière médicale et de thérapeutique générale, contenant l'indication, la description et l'emploi de tous les médicamens connus dans les diverses parties du globe; par F. V. Mérat *et* A. J. Delens. *Tome premier A.-B. Paris*, 1829, *in*-8.° *XII*-695 *pp*.

On s'est beaucoup plaint, et non sans raison, de l'oubli dans lequel l'ardeur des études anatomiques et les grands débats des doctrines pathologiques avaient laissé tomber la thérapeutique spéciale et la matière médicale. Si quelque branche des sciences cultivées par les médecins a dû se ressentir de l'influence fâcheuse du goût exclusif pour les faits récens, pour les observations du jour, si généralement répandu parmi eux, c'est assurément celle dont l'existence même repose sur la connaissance d'un grand nombre de faits, et dont le degré de certitude se mesure sur la somme des observations particulières qu'elle peut alléguer à l'appui de ses principes. Aussi ne peut-on s'empêcher de convenir que ses progrès ne soient fort loin de répondre à ceux qu'ont faits, dans notre siècle, plusieurs des sciences accessoires qu'elle tient sous sa dépendance, ou auxquelles elle emprunte ses moyens. L'état de notre littérature exprime plus hautement que nous ne pourrions le faire l'indifférence pour la partie la plus importante de la médecine, qu'on reproche à l'époque actuelle. MM. Mérat et Delens entreprennent, non pas de remplir la lacune qu'elle présente (ce n'est point ainsi qu'avance une science vaste et compliquée), mais d'exposer, avec l'exactitude qu'on peut attendre de deux hommes instruits, depuis long-temps occupés de cet objet, l'ensemble des observations, des expériences et des notions que l'on possède, de tracer un tableau fidèle de l'état actuel de la thérapeutique et de la matière médicale, de faire, par conséquent, le pas le plus difficile, et peut-être le plus important que réclame son avancement ultérieur. Une telle entreprise doit fixer l'attention du public, et sera, dans ce journal, l'objet d'un examen approfondi. Nous nous bornerons pour aujourd'hui à adresser quelques avis aux auteurs du

nouveau Dictionnaire, après avoir déclaré toutefois que le premier volume de leur ouvrage suffit pour nous convaincre qu'ils s'acquitteront avec honneur de la tâche qu'ils se sont imposée.

Les articles de thérapeutique générale ne nous paraissent pas, en général, aussi satisfaisans que les autres. C'est surtout dans cette partie de nos connaissances que se sont conservées les traces pour long-temps ineffaçables des doctrines les plus disparates. Un examen superficiel, une exposition vague, des discussions n'allant pas au fond des choses, comme on est accoutumé à en trouver dans tant d'ouvrages réputés classiques, ne suffisent point pour mettre le lecteur en état de prononcer sur ce qu'il y a de bien établi, de faux ou d'hypothétique dans la science. Il faut, si l'on veut satisfaire aux esprits sévères, prendre à son origine chaque point de doctrine, chaque opinion qui a encore cours, examiner sur quelle preuve elle s'établit, quelles modifications elle subit en traversant les siècles et les systèmes, et examiner dans quel rapport elle est avec les faits aujourd'hui connus et avec les doctrines.

Si l'on néglige cette méthode, on s'expose à rejeter sans restriction, comme fausses, des idées qui ont au moins un côté de vrai, plus souvent à regarder comme établies sur des faits des opinions systématiques qui n'eurent jamais d'autre base que l'imagination de ceux qui les créèrent, et dans tous les cas on manque aux premières lois de la critique, dans celle de toutes les études où la critique est le plus nécessaire. Qu'on prenne, dans vingt ouvrages de thérapeutique, les premiers articles qui se présentent dans celui-ci, *absorbans*, *adoucissans*, *altérans*, et qu'on se demande, après les avoir lus, si les notions qu'on y a puisées ont rattaché un sens bien déterminé à des expressions qui furent pourtant inventées pour représenter des idées. Nous ne dirons pas que MM. Mérat et Delens ont, comme tant d'autres, défiguré des doctrines qu'ils ne connaissaient pas pour y substituer des opinions qui leur souriaient davantage, mais nous recommanderons aux auteurs du *Dictionnaire* de faire de nouveaux efforts pour perfectionner leur travail, car ils doivent et peuvent faire mieux que leurs prédécesseurs. Un autre avis que nous leur donnerons, ou plutôt une demande que beaucoup de personnes leur adresseront avec nous, c'est de donner sur chaque article, ou du moins sur ceux qui ont quelque importance, une bibliographie plus complète. Leur Dictionnaire est, comme ils le disent eux-même, un livre de recherches, et puisqu'il est impossible qu'on y trouve tout ce qu'il faut savoir, qu'il fournisse au moins, sur les sources qu'on peut consulter, des indications dont on pourrait presque dire qu'il est prodigue à l'égard d'objets beaucoup moins importans. Enfin une dernière exigeance que nous ne craindrons pas d'exprimer, parce

qu'on est en droit de le faire, et qu'on peut exiger beaucoup de MM. Mérat et Delens, c'est qu'ils n'omettent jamais d'indiquer les auteurs qui leur servent de guide, et auxquels ils empruntent quelques matériaux de leurs articles. Outre que ce sera remplir un devoir, ils y trouveront l'avantage d'alléger, en la partageant, la responsabilité de quelques fautes que l'attention la plus scrupuleuse ne saurait toujours éviter. S'ils ne s'étaient pas écartés de cette règle, on saurait à qui rapporter une méprise singulière qu'on trouve à l'article *albumine : Rodriguez de Castello-Branco*, y est-il dit, *au rapport d'Amatus-Lusitanus*, avait conseillé contre la leucorrhée l'usage du blanc-d'œuf et de l'eau rose; c'est justement comme si l'on disait : Rodriguez de Castello-Branco, au rapport de Rodriguez de Castello-Branco, car Amatus-Lusitanus n'est point un autre homme. Cela soit dit sans fâcher les auteurs dont nous plaisons à reconnaître que l'ouvrage contient peu de pareilles fautes, tandis qu'il renferme une foule de bons articles.

Examen des facultés intellectuelles à l'état normal et anormal, pour servir d'explication à l'aliénation mentale. Mémoire lu à la Société Médico-Pratique, par J. E. Belhomme, *D. M. P., directeur d'une maison d'aliénés. Paris, Dondey-Dupré*, 1829. *In*-8.° 29 *pp*.

Observez avant d'écrire.

M. Belhomme a pris sans doute pour une conséquence du principe qu'il pose dans son épigraphe, qu'il faut nécessairement écrire après qu'on a observé. Si ce n'est là le motif qui l'a fait auteur, quel peut-il être? Le désir d'être utile à l'humanité, pourrait-il dire avec tant d'autres: mais l'humanité gagnera peu de chose à trouver dans la brochure de M. B. une édition tronquée de ce qu'on peut trouver partout, et de ce que peu de personnes sont réduites à chercher dans les livres. Celui de M. Belhomme est trop court pour qu'il y ait beaucoup d'erreurs, et ce serait peine perdue que de les combattre, car il n'est pas probable qu'elles exercent sur le public une influence bien dangereuse. Nous dirons pour l'auteur lui seul, à l'occasion d'une opinion qu'on trouve partout dans sa brochure, et qui reparaît dans les conclusions : « il est impossible *d'expliquer* les phénomènes intellectuels sans la participation de l'action du cerveau », qu'on *n'explique* pas plus les phénomènes de l'intelligence avec un cerveau qu'avec une ame, et que c'est cette prétention d'expliquer ce qui est incompréhensible par nature aussi bien que toute existence et tout phénomène primitif, qui a fait débiter tant de sottises sur cette matière.

Des maladies propres aux femmes ; par M. Nauche, *médecin de la Société maternelle et du Bureau de charité. Paris*, 1829. *Deux vol. in-8.° Chez Gabon.*

M. Nauche a pensé, peut-être avec raison, qu'il était convenable de traiter séparément des maladies particulières aux femmes, et que l'homme femelle ayant une physiologie à part, devait avoir aussi une pathologie spéciale.

Il range les maladies des organes génito-mammaires sous deux classes ; les *lésions physiques*, c'est-à dire celles qui peuvent exister indépendamment de la vie ; les *lésions vitales*, c'est-à-dire celles dont la vie est la condition nécessaire. Dans la première catégorie sont compris les vices de conformation, les déplacemens, les corps étrangers, les solutions de continuité ; dans la seconde, se trouvent les irritations, les inflammations, les spasmes, les atonies, les collapsus nerveux, les maladies spécifiques, les lésions de fonctions. Cette classification en vaut une autre, vaut même mieux que beaucoup d'autres ; toutefois, si d'un côté nous félicitons l'auteur d'avoir traité des maladies spécifiques, et de s'être ainsi affranchi de l'autorité de l'école physiologique qui les a rejetées, bien que, selon nous, il n'y ait pas de pathologie possible si l'on ne les admet ; d'un autre côté, nous concevons peu comment M. Nauche a pu faire un sous-genre des lésions de fonctions ; car que sont des lésions de fonctions sans lésions d'organes ? Si donc, comme cela est évident, l'auteur reconnaît avec nous que la lésion de fonctions ne peut être que la conséquence de l'altération de l'organe, bien que cette altération soit quelquefois inappréciable, le scalpel à la main, il ne faut pas moins l'admettre ; il devait donc intituler cette classe : *Maladies dont les caractères anatomiques nous sont inconnus ;* ce titre eût été plus exact, ce nous semble, et mieux en harmonie avec le reste de l'ouvrage, qui d'ailleurs a été écrit dans le meilleur esprit.

Le livre de M. Nauche est pratique, et c'est en faire un grand éloge. Il est pourtant un reproche que l'auteur nous semble mériter, c'est d'avoir entassé pêle-mêle des recettes thérapeutiques, sans citer un assez grand nombre de faits qui en constatent l'efficacité. Il valait mille fois mieux citer peu, et citer bien, c'est-à-dire ne nous parler que du petit nombre de moyens qui avaient été expérimentés par lui, et qui avaient été entre ses mains un instrument utile. En résumé, l'ouvrage sera lu avec intérêt, et consulté avec fruit.

A. Trousseau.

Essai sur la pneumolaryngalgie, ou asthme aigu; par L. Suchet, *ancien membre correspondant national de la Soc. de la Fac. de Paris, de celle des Sciences, Arts et Belles-Lettres de Mâcon, ex-médecin-adjoint de l'hôpital civil de Châlons-sur-Saône. Paris, Gabon,* 1828 *in*-8.° *de* 85 *pp.*

Prima basis curæ morborum, est recta eorumdem cognitio, atque debitum unius ab alio discrimen.

B. Baglivi.

M. Suchet avait d'abord choisi, pour désigner la maladie dont il fait l'histoire, le mot *pneumothoracolaryngose;* après de mûres réflexions, il a préféré celui de *pneumolaryngalgie.* Le premier avait pourtant bien son mérite, mais M. Suchet trouve à l'autre l'avantage de la brièveté, et celui d'une désinence depuis long-temps usitée. Cette dernière considération est décisive : elle assure du moins au poète qui voudra chanter les ridicules du langage médical l'agrément de ne pas plus manquer de rimes que de raison. Il est vrai que jusqu'ici on s'entendait, ou à-peu-près, quand on parlait de *l'asthme aigu*, et nous éprouvions quelque tentation d'attaquer le nouveau substitut de la dénomination proposée par Millar; mais c'était contester sur l'une des choses les plus neuves que contienne l'opuscule de M. Suchet, et où en serions-nous, malgré toute l'originalité des productions dont notre littérature s'enrichit chaque jour, si la critique s'arrogeait le droit d'en effacer, de chaque trait de plume, une découverte. Nous consentirons donc, toute réflexion faite, à appeler désormais pneumolaryngalgie la maladie décrite par Millar, Chalmers, Rush, Wichmann, etc., et dont M. Suchet a recueilli quatre observations. C'est trop peu, croirait-on peut-être, pour faire avancer beaucoup la science. Voici pourtant une liste d'accroissemens qu'elle doit à M. Suchet; c'est lui-même qui les expose : « Afin de mettre les praticiens à même de reconnaître la maladie sous ses différentes formes, je joindrai aux symptômes connus : 1.° pour en compléter les prodrômes, une toux sèche d'une excessive fréquence, accompagnée de chatouillement de la membrane muqueuse du conduit aérien, une sorte de *gaité morbide* (!) et une *laryngorrhagie;* 2.° pour le plus haut degré, une chaleur brûlante au larynx, un resserrement spasmodique de ce canal, si fort et si douloureux que les sujets, qui poussent les haut cris, redoutent la suffocation; une respiration entrecoupée de gémissemens, l'inclinaison de la tête en avant ou sa rectitude; 3.° pour la terminaison, une aphonie presque permanente, l'orthopnée, des douleurs poignantes dans la poitrine et les membres pelviens, l'insensibilité du derme chevelu et sa réfrigéra-

tion, et des convulsions partielles. » M. Suchet a vu *une fois* chacun des symptômes qu'il est le premier à noter. Avec ses quatre observations, il a pu déterminer un grand nombre de causes prédisposantes ou immédiates de la pneumolaryngalgie; nous citerons entre autres *l'idiosyncrasie hépatique*, l'abondance des tissus adipeux, l'habitation d'un climat froid et humide, *principalement quand on est né dans un pays montueux*. Quant à la nature de la maladie, M. Suchet partage complètement l'opinion de ceux qui la considèrent comme un spasme des organes de la respiration. Cette opinion a été confirmée par les ouvertures de cadavres. Il est vrai qu'on n'en a fait qu'un très-petit nombre, *sed perpendendæ observationes non numerandæ*. La suivante est de M. Double, on ne sera donc pas surpris que nous la citions comme la plus exacte et la plus complète : (chez un enfant de deux ans mort vers le neuvième jour d'un asthme aigu) « je vis, dit le savant séméiologiste, que la membrane de la trachée-artère était plus sèche, plus lisse, plus luisante qu'à l'ordinaire; que la substance même des poumons participait surtout à cet état : *elle avait acquis une sorte de raccourcissement; le volume des poumons était diminué de plus de moitié.* » Cela n'est-il pas précis et concluant!!!

Nouvelle théorie de la vie dans l'homme et les animaux, ou nouvelle interprétation philosophique des phénomènes dynamiques sains ou morbides, manifestés par la matière organique animale; suivie du rapport fait à l'Académie royale de Médecine sur ce travail; par le docteur J. P. DE LOUSTALOT-BACHOUÉ, *etc.*, *etc.* *Paris*; 1829, *in*-8.°, 164 *pages*.

Cet ouvrage a pour base un mémoire de l'auteur présenté en 1818 à l'Académie royale de médecine, et qui avait pour objet une nouvelle théorie des fonctions du système nerveux dans les animaux. M. B. rattache à une action électrique l'action du système nerveux, opinion qui prédomine en physiologie depuis que des expérimentateurs sont parvenus à reproduire, au moyen de courans d'électricité, la plupart des phénomènes dont les nerfs sont les agens. C'est en appliquant à l'organisation des animaux pourvus de système nerveux une loi électro-chimique reconnue par M. Becquerel, que notre auteur explique comment le fluide galvanique ou électrique se développe spontanément, et d'une manière continue dans les animaux. Comme on a déjà rendu compte de ce travail dans les *Archives* (*Voy*. tome XVII, pag. 457), nous nous dispenserons d'en parler ici avec détail; mais nous répéterons que la théorie proposée, quoiqu'elle ne repose pas sur des expériences directes, n'en n'a pas moins

beaucoup de probabilités en sa faveur : aussi nous ne doutons pas que l'ouvrage de M. B. ne soit consulté avec intérêt par ceux qui se livrent avec intérêt à l'étude de la physiologie.

Mémoire sur l'emploi de l'iode dans les maladies scrofuleuses; par J. G. A. Lugol, *médecin de l'hôpital Saint-Louis; in-8.° p.* XVIII-78. *Paris*, 1829. *Chez Baillière.*

Plus une maladie se montre rebelle aux ressources ordinaires de l'art de guérir, et plus on voit s'accroître le nombre des moyens par lesquels on cherche à la combattre. Les scrofules étaient au premier rang parmi les maladies de ce genre; aussi a-t-on tour-à-tour proposé, pour leur traitement, tout ce que la matière médicale possède de substances actives.

On était arrivé depuis long-temps à reconnaître l'inefficacité de ces divers moyens, et l'art était obligé d'avouer son impuissance. Des praticiens placés à la tête d'établissemens où les scrofuleux abondent, s'accordaient à considérer ce mal comme incurable, surtout lorsqu'il affecte certaines formes, et M. Lugol, entre autres, après une expérience de plusieurs années, commençait à partager cette opinion, lorsqu'il se décida à essayer l'iode dont M. Coindet avait obtenu de beaux résultats contre le goître, et qui, d'ailleurs, avait déjà été proposé dans ce but par plusieurs médecins.

Les premières tentatives furent suivies de succès tels, que M. Lugol se refusa de croire à leur réalité; cependant, il continua et multiplia ses expériences, et arrivant toujours au même résultat, il demeura convaincu de l'exactitude de ses premières observations.

Le mémoire dont nous parlons ici contient l'exposé de ses recherches; il est divisé en trois parties : la première se compose de treize observations destinées à faire connaître le degré d'efficacité de l'iode dans la scrofule tuberculeuse, l'ophthalmie et le coryza scrofuleux, les ulcères scrofuleux, la scrofule *esthiomène* ou dartre rongeante scrofuleuse, et enfin dans les caries scrofuleuses.

La deuxième partie traite successivement des préparations pharmaceutiques de l'iode et des effets extérieurs et intérieurs de ce médicament sur l'économie animale. M. Lugol prouve que cette substance ne fait pas maigrir et ne produit jamais de tubercules pulmonaires, d'hémoptysies ni d'autres accidens, ainsi qu'on a paru le craindre. La troisième partie, enfin, est consacrée à l'histoire des récidives.

Il résulte du travail de M. Lugol que, sur 109 malades scrofuleux traités dans le cours de seize mois dans les salles de l'hôpital Saint-Louis, 66 sont sortis guéris ou en voie de guérison, 4 sont sortis

amendés sans espoir rationnel de guérison, et 39 sont encore en traitement, la plupart en voie de guérison.

Ce mémoire, précédé d'un rapport très-favorable fait à l'Académie des Sciences par MM. Serres, Magendie et Duméril, nommés commissaires à l'effet de l'examiner, a été rédigé dans un esprit que nous ne saurions trop recommander à ceux qui s'occupent actuellement de thérapeutique. En effet, les assertions de l'auteur ne sont autres que des résultats statistiques, et il est facile de sentir que c'est la seule manière de procéder avec quelque certitude dans l'appréciation toujours si difficile des avantages ou des inconvéniens de telle ou telle médication.

Nous ne terminerons pas, toutefois, sans adresser à M. Lugol un reproche; c'est celui de n'avoir pas fait connaître le mode d'administration des préparations d'iode dont il s'est servi; il ne suffisait pas, en effet, d'en donner les formules, il fallait éclairer ses confrères et les mettre à même de répéter exactement les expériences auxquelles on s'est livré. On sait trop que, dans la plupart des cas, une légère différence dans l'application d'un remède peut en entraîner une considérable dans les effets. P. V.

Exposition de la nouvelle doctrine de la maladie vénérienne; par ALEX. DUBLED, *docteur en médecine, etc. Paris*, 1829, *in-8.°*, 91 *pp.*

Cette brochure n'est qu'une réimpression d'un mémoire publié par l'auteur en 1825, auquel il a ajouté sous le titre de *Coup-d'œil Historique* sur la maladie vénérienne, un second mémoire lu postérieurement devant la section de chirurgie de l'Académie royale de médecine. Cette première partie de l'opuscule que nous annonçons ne nous a pas paru présenter un tableau bien complet des documens historiques que l'on possède sur la syphilis: en outre, une appréciation plus juste des écrits publiés sur cette matière, eut conduit l'auteur, non pas seulement à prouver que l'explication des phénomènes qu'on observait était erronée, mais que leur description démontre que la maladie vénérienne s'est toujours manifestée par des symptômes dont les caractères distinctifs sont propres à cette affection. A la vérité, ce point sur lequel les observateurs de tous les temps sont d'accord, et qui tend à prouver qu'il existe quelque chose de spécifique dans la nature de la syphilis, ne vient pas à l'appui de l'opinion de l'auteur qui pense que « les différens caractères assignés aux phénomènes de cette maladie sont dépendans et « de la nature du tissu où ils siègent, et de l'intensité de l'inflammation qui les produit ou les entretient ». Si l'ouvrage ne contient pas des argumens bien convaincans pour soutenir cette opinion, on y trouve du moins des observations et des remarques pratiques intéressantes sur l'emploi du mercure et la symptomatologie des maladies syphilitiques.

MÉMOIRES

ET

OBSERVATIONS.

DÉCEMBRE 1829.

Aperçu des découvertes faites en anatomie pathologique durant les trente années qui viennent de s'écouler, et de leur influence sur les progrès de la connaissance et du traitement des maladies; par J. E. Dezeimeris. (VI.ᵉ article.)

Maladies des vaisseaux.

I. *Artères.* — Il y a peu d'années encore, on n'aurait pas trouvé un seul traité général de médecine (genre d'ouvrages qui, à la vérité, n'ont jamais représenté d'une manière exacte l'état de la science) où il fût question des maladies propres aux vaisseaux. Ces organes, qui jouaient pourtant dans plusieurs théories, et notamment dans celle des iatro-mathématiciens, un rôle si important, étaient complètement oubliés dès qu'on descendait du monde chimérique des hypothèses à l'étude des réalités. L'anatomie pathologique a bien changé les idées à cet égard. A peine possède-t-on les élémens d'une histoire encore incomplète des maladies des vaisseaux, et déjà les conséquences qu'on a tirées des observations de Hunter, Frank, Meckel, Ribes, Dance, etc., sont immenses; déjà l'un

des principaux soutiens de l'école anatomique proclame que l'inflammation des vaisseaux domine toute la pathologie. Dans une science condamnée, par la nature même de l'objet dont elle s'occupe, à rester éternellement à une distance énorme de la perfection, c'est le sort de toute découverte nouvelle d'exciter dans tous les esprits vivement animés de l'amour de la vérité, et qui en poursuivent ardemment la recherche, l'espoir qu'ils touchent enfin au moment de la saisir. L'histoire, qui nous montre tant d'exemples de cette espèce d'illusion si naturelle et, sous quelques rapports, si utile aux progrès de la science, nous avertit qu'un jour l'enthousiasme s'affaiblira, et que l'avenir marquera son rang à une parcelle de la vérité, qui n'est pas la vérité toute entière; mais il est permis de croire que ce rang sera distingué, et que la connaissance des lésions des vaisseaux conservera toujours une haute importance. Cette importance, et la nouveauté du sujet, nous engagent à sortir un instant des limites dans lesquelles nous nous sommes ordinairement renfermé, et à chercher, dans les écrivains antérieurs à notre siècle, les premières traces des connaissances dont il peut, à bon droit, se faire honneur. Ces recherches peuvent avoir d'autres avantages que ceux qu'on s'accorde généralement à reconnaître à l'histoire; car il s'en faut bien qu'on ait tiré, de tous les faits consignés dans les annales de la science, tout ce qu'elle est en droit d'en attendre.

Arétée est le premier médecin grec dans les écrits duquel on trouve quelque chose sur l'inflammation des vaisseaux. Si l'on éprouvait, pour les chefs-d'œuvres de l'antiquité, le même enthousiasme que Testa, on ne ferait nulle difficulté d'admettre qu'Arétée ait eu une connaissance parfaite de ces maladies; il est peut-être plus exact de dire qu'il n'a connu que quelques-uns des signes de l'aortite et de l'inflammation de la veine cave, tels que la

douleur et la chaleur dans la direction du vaisseau malade, la gêne de la respiration, la fréquence et la petitesse du pouls, le refroidissement des extrémités, la tendance aux lypothimies (1); et l'on peut douter, avec Morgagni, s'il a jamais constaté par l'ouverture des cadavres l'existence de la maladie dont il décrit les phénomènes, et contre laquelle il prescrit un traitement fort bien entendu.

Je trouve dans Galien un passage qu'on n'a point remarqué, et qui, quoiqu'il ne renferme pas de notion bien précise sur l'inflammation des vaisseaux, porterait à penser que l'auteur avait pénétré assez avant dans la connaissance de ce sujet. Interrogé par Antipater, qui exerçait l'art de guérir à Rome avec distinction, sur ce qui pouvait occasionner chez lui une étonnante irrégularité du pouls, survenue à la suite d'une fièvre éphémère, Galien répondit que ce pouvait être quelque rétrécissement des gros vaisseaux, produit, comme il arrive assez souvent, par leur inflammation (1).

Après Arétée et Galien, il faut franchir un espace de quinze siècles pour retrouver quelques traces de connaissances comparables aux leurs. A l'ouverture du cadavre d'un homme qui avait eu autrefois un anévrysme de l'artère axillaire, guéri spontanément, Panaroli (1) trouva toute cette artère et une partie de la brachiale oblitérés par une substance qu'il décrit dans les termes suivans : *intra cavitatem arteriæ caro quædam alba, solida, dura et cartilaginosa tam firmiter adhærebat, ut secerni nullo modo posset, imò ferro mirificè resistebat.*

Lancisi ayant fait sur un animal vivant la ligature de

(1) *De caus. et sign. acut.*, lib. II, cap. 8, p. 37. — *De curat. morb. acut.*, lib. II, cap. 7, p. 204, ed. Haller.

(2) *De loc. affect.*, lib. IV, cap. XI.

(3) *Iatrologism. pentecoste* II, obs. XI.

l'artère ischiatique, trouva, quinze ou vingt jours après, le vaisseau au-dessous de la ligature, rempli par une substance polypiforme intimement adhérente à ses parois (1).

Ces faits se rapportent certainement à l'inflammation des artères, mais les auteurs qui les ont publiés n'ont point aperçu, ou du moins n'ont pas signalé ce rapport. La remarque que n'a pas faite le médecin romain n'échappa point à un anatomiste anglais fort distingué qui vivait à la même époque. Dans un mémoire, assez remarquable pour le temps où il parut, sur les tuniques des artères, leurs maladies et la formation des anévrysmes, Monro (2) indique plusieurs altérations qu'il a eu souvent occasion d'observer dans la tunique interne de ces vaisseaux: « J'ai vu, dit-il, plus d'une fois la cavité d'une grande artère presque entièrement bouchée par un engorgement *stéatomateux* de cette tunique, et souvent j'ai rencontré du pus amassé dans son tissu cellulaire. » Monro regarde les ossifications et les concrétions pierreuses des artères comme le résultat de l'inflammation de la membrane interne, et établit que presque tous les anévrysmes reconnaissent pour cause préalable et nécessaire l'altération et la destruction de cette membrane (3).

Une altération de la membrane interne de l'aorte, sur laquelle on n'avait encore rien publié, et que Monro avait

---

(1) *De anevrysm. propos.* XXXVIII.

(2) *Essais et obs. de med. de la Soc. d'Edimbourg*, tom. II, p. 350.

(3) Indiquons ici quelques conjectures de Monro, à l'égard des maladies de la tunique interne des artères. « Ces maladies, se demande-t-il, ne doivent-elles pas être, dans beaucoup de cas, la cause des grandes inégalités et irrégularités qu'on observe dans le pouls ? Cette espèce de consomption, appelée par les médecins *tabes purulenta*, n'aurait-elle pas son siége dans cette tunique, sans qu'il se trouvât des viscères attaqués ? » *Op. cit.*, p. 340.

à peine indiquée en passan ,l'inflammation ulcéreuse, fut décrite avec soin par Meckel dans une observation que nous allons rapporter, en supprimant les explications mécanico-pathogéniques dont elle est entremêlée.

Je disséquai, dit Meckel, pendant l'hiver de 1753, le cadavre d'un vieillard sexagénaire, robuste et replet. Ayant ouvert le péricarde, pour démontrer la situation et la structure du cœur, je trouvai celui-ci garni de beaucoup de graisse, parfaitement libre dans le péricarde, et vigoureux. L'intérieur des ventricules et leurs orifices, tant veineux qu'artériels, ainsi que toutes les valvules, n'offraient rien que de très-naturel. La membrane intérieure qui revêt toutes ces parties était exactement lisse et polie, comme elle doit l'être; mais ayant ouvert l'aorte, je la trouvai à un pouce de distance de ses valvules semi-lunaires, et dans le reste de son cours, jusqu'aux artères iliaques, toute ulcérée, extrêmement inégale et déchirée. Les cavités formées par l'exulcération dans les parois du tube artériel, étaient remplies partout de pus blanc, et dans les intervalles qu'elles laissaient entre elles, il y avait des parties décollées de la tunique interne qui flottaient librement dans le canal. Ces lambeaux, et les parties de la tunique interne qui adhéraient encore, étaient épaissis, tuberculeux, mais il n'y avait nulle part d'ossification. En enlevant le pus, on voyait de petits flocons cellnleux, et les fibres musculaires de l'aorte à nu, mais sans lésion. Dans les endroits où la membrane interne existait encore, le pus placé au-dessous d'elle la soulevait par plaques en forme de pustules. Les renseignemens pris sur la maladie du sujet furent sans résultat. Il était du nombre de ces misérables dont la mort efface toute mémoire. Il avait vécu tout seul dans une extrême pauvreté, et avait cessé de vivre sans qu'on s'en aperçût. Tout ce qu'on

put apprendre, c'est qu'il s'était souvent plaint d'une forte douleur au dos et au thorax (1).

Nul auteur n'a fourni plus de faits sur cette matière que le célèbre Morgagni. Il a vu des cas d'inflammation de l'aorte à tous les degrés. Les suivans présentent des particularités qui n'avaient pas encore été notées.

Un homme, sujet par intervalles à une toux sèche et à une difficulté de respirer, surtout après le repas, mourut presque subitement après avoir présenté ces mêmes symptômes. L'aorte, plus large qu'elle n'est dans l'état naturel, depuis son origine jusqu'à sa courbure, offrait, à l'intérieur, des taches blanches, une surface inégale, et une coloration rouge brune. Les taches blanches n'existaient que dans la partie dilatée de l'artère, les autres altérations s'étendaient, mais à un moindre degré, dans tout le trajet du vaisseau (2).

Un vieillard octogénaire mourut dans l'hôpital de Bologne, où il était pour des indispositions variées, mais peu graves en apparence. Le symptôme le plus remarquable qu'il offrit fut la fréquence, la vitesse et la plénitude du pouls. L'aorte, vue à l'extérieur, présentait une injection remarquable de ses propres vaisseaux, sa surface intérieure offrait, entre les plaques stéatomateuses ou osseuses qui y existaient en grand nombre, des ulcérations et des lambeaux flottans, rouges et comme gangréneux, de la tunique interne (3).

Un homme de 30 ans, d'une forte constitution, après s'être échauffé par le vin et le feu, s'exposa à un froid très-vif. Il fut pris aussitôt d'une fièvre extrêmement violente et d'une angine qui le suffoqua le troisième jour,

---

(1) *Mém. de l'Acad. des Sc. de Berlin*, pour 1756, t. XII.
(2) *De sed. et caus. morb.*, ep. XXVI, art. 35.
(3) *Epist.* VII, *art.* 9.

malgré l'emploi d'un traitement fort actif. Il y avait eu beaucoup d'agitation pendant tout le temps que dura la maladie. Dans l'aorte, depuis son origine jusqu'au niveau de la cœliaque, existaient des taches blanches, autour desquelles la surface du vaisseau était d'un rouge jaunâtre; cette surface avait perdu son poli et son éclat, et l'on y voyait un certain nombre de petites excroissances de grosseur variable, et dont la consistance égalait celle des parois de l'aorte (1).

Beaucoup de personnes considèrent comme une doctrine toute nouvelle celle que fait dépendre les ossifications accidentelles, et en particulier celle des artères, d'un travail inflammatoire; cette *nouveauté*, qui pourrait bien être vieille de plusieurs siècles, sans en valoir moins pour cela, fait précisément le fonds d'une dissertation intéressante de Crell sur la maladie qui nous occupe (2). Suivant cet auteur, les lames ossiformes qu'on trouve dans les artères ne sont point de véritables os, mais des concrétions tophacées résultant d'une transformation du pus formé par l'inflammation de ces vaisseaux.

Une observation de Haller, exposée avec le plus grand soin, et dont il eut plusieurs fois occasion de vérifier le résultat, confirmait admirablement la doctrine de Crell, puisqu'elle offrait à-la-fois à tous les dégrés l'altération dont avait parlé cet auteur. « Après avoir si souvent trouvé, dit-il, des lames osseuses dans les artères, il m'arriva enfin de voir, dans l'aorte d'un homme, des plaques jaunâtres faisant dans la cavité du vaisseau une saillie convexe. Je les ouvris, car la membrane interne conservait son intégrité, et je trouvai une humeur jaune épanchée dans la couche celluleuse qui sépare cette membrane

(1) *Epist.* XLIV, *art.* 3.
(2) *Obs. de arteriâ cordis coronariâ, instar ossis induratâ.*

des fibres musculaires de l'artère. Cette humeur était peu consistante, pultacée, assez semblable à celle qui constitue l'athérome. Sur le même sujet se voyaient d'autres plaques jaunes toutes pareilles, calleuses, sèches, coriaces, d'autres cartilagineuses, d'autres enfin osseuses, et résonnant quand on les frappait avec le scalpel. Je voyais donc en quelque sorte tout le développement naturel de ces productions, d'abord molles et pultacées, puis passant par divers degrés de consistance pour arriver à l'état auquel on donne le nom d'ossification, quoiqu'on n'y observe ni fibres parallèles, ni porosités, et quoique leur dureté surpasse de beaucoup celle des os. Le grand nombre de cadavres que j'ai eu à examiner m'a fourni maintes fois l'occasion d'observer la même chose que dans le cas précédent, et me fait regarder comme solidement établi le corollaire que j'en ai déduit (1). »

L'inflammation chronique et ses suites ne sont point les seules que Haller ait eu occasion d'observer. L'illustre physiologiste décrit avec non moins de précision les traces d'une inflammation aiguë de la carotide gauche et de la veine jugulaire interne, quoiqu'il ne se rende pas compte de la nature de la maladie, et qu'il se trompe sur la production des lésions qu'elle avait causées. Il y avait un anévrysme. Ce vaisseau était doublé à l'intérieur d'une fausse membrane blanche, pulpeuse, sous laquelle existaient de petites collections de pus. La carotide et la jugulaire étaient complètement obstruées par une substance de même nature. Le sujet de l'observation était une femme morte subitement.

Jusqu'à J. P. Frank, qui marquera pour nous le commencement d'une période nouvelle, dans l'histoire des

(1) Haller, *Opusc. pathol.*, obs. XLIX.

(2) *Opusc. pathol.*, obs. XIX.

recherchés sur les maladies des vaisseaux, nous pourrions citer Jo. Frid. Schreiber, qui publia l'observation d'un homme mort d'apoplexie après avoir long-temps souffert de la gêne dans la respiration, et dont l'aorte, indurée, présenta à l'intérieur des végétations gélatiniformes, et de petites tumeurs stéatomateuses entre les tuniques interne et moyenne (1), Weitbrecht, qui vit dans un cas la membrane interne de l'aorte *corrosam et tanquam à muribus exesam* (2), suivant ses expressions, Sandifort, qui eut occasion de recueillir plusieurs faits, dont un fort analogue au précédent (*interna tunica tota consumpta erat atque exesa sic ut in illis locis de hac membranâ nihil omnimò superesset* (3), et un bon nombre d'autres observateurs dont on ignorait probablement les recherches quand on a dit que l'inflammation des artères était une maladie fort rare, et qu'elle n'avait été vue que dans ces derniers temps.

Si l'on cherche à résumer toutes les observations faites jusqu'alors sur l'inflammation des artères, particulièrement de la tunique intérieure de ces vaisseaux, on voit qu'on avait constaté pour caractères anatomiques de cette affection, à tous les degrés, la rougeur avec inégalité, perte du poli de la surface interne du vaisseau (Morgagni), la facilité avec laquelle la tunique intérieure se sépare de la moyenne (Morgagni, Meckel), l'épaississement de la première de ces tuniques, l'exsudation à sa surface d'une lymphe plastique qui peut oblitérer complètement le vaisseau et faire corps avec lui, le dépôt, au-dessous de la tunique interne, de petites collections purulentes, l'ulcération et la perforation de son tissu, sa dégénération en une

(1) *Nov. comment. Acad. Imp. Petrop.*, tom. III, p. 395.
(2) *Comm. Ac. Petrop.*, t. IV, p. 263.
(3) *Ob. anat, pathol.*, lib. I, cap. II, p. 53.

substance stéatomateuse, terreuse, osseuse. Pour symptômes de ces lésions dans l'aorte, on avait noté des pulsations anomales et douloureuses, de la chaleur, de la douleur dans la direction du vaisseau malade, ou vers les omoplates et au dos, une toux sèche et incommode, la gêne de la respiration, la fréquence et les variations du pouls, et souvent la terminaison par une mort subite.

Si toutes ces notions eussent été recueillies par un seul homme, et présentées avec cet ensemble qu'elles offrent quand on s'est donné la peine de les chercher à leur source et de les réunir, la science aurait marché depuis plus rapidement qu'elle n'a fait vers des progrès nouveaux. Mais tous ces faits étaient oubliés ou peu connus quand J. P. Frank annonça que l'inflammation des vaisseaux n'était point une maladie rare, et qu'elle jouait un rôle important dans la production de quelques maladies dont on ignorait le siége. Le célèbre médecin de Vienne dit être le premier qui ait observé dans la fièvre inflammatoire une phlegmasie vasculaire. « Nous avons découvert, dit-il (1), pour la première fois il y a six ans (c'est-à-dire en 1786), dans les fièvres inflammatoires violentes, avec agitation extrême du cœur et des artères, une rougeur foncée et inflammatoire à la surface interne de ces vaisseaux et même de tout le système veineux. Nous avons eu depuis plusieurs occasions de montrer, dans les mêmes circonstances, des phlogoses partielles, surtout dans l'aorte. »

C'est encore à J. P. Frank que l'on doit les observations consignées dans la dissertation d'un de ses élèves (2), soutenue peu de temps après, sur l'inflammation des vais-

---

(1) *Epit. de curand. hom. morb.*, §§. 118 et 205.

(2) Schmuck, *Diss. de vasor. sanguif. inflamm.* Heidelberg, 1793, in-4.°

seaux. On y remarque cette observation, que la phlé-masie d'une artère peut se propager le long du vaisseau, et remonter jusqu'au cœur, observation qui fut depuis constatée plusieurs fois dans les expériences de Jones et de Hodgson.

Nous ne parlons point ici des idées de Reil sur la fièvre vasculaire, dont il reconnaissait plusieurs espèces, ni du rôle qu'il faisait jouer à l'irritation et à la phlegmasie des vaisseaux; l'ingénieux professeur de Halle ne prit pas toujours l'anatomie pathologique pour base de ses hypothèses.

Dans une dissertation qui conserve encore une haute importance pour l'histoire de l'inflammation des veines, et où se trouvent consignées des observations de Meckel, sur lesquelles nous reviendrons dans l'article suivant, Sasse (1) donna, à défaut d'observations d'artérite recueillies sur l'homme, les résultats des expériences qu'il avait faites sur des animaux. Ainsi, tout ce qu'on doit chercher dans son ouvrage, et ce qu'on y trouve en effet, c'est une description précise des caractères anatomiques de l'inflammation aiguë des artères. Les résultats de ces expériences méritent d'être rappelés, car, sous divers rapports, ils forment encore ce que nous avons de plus précis sur ce sujet.

I. Les vaisseaux cruraux d'un chien adulte furent mis à nu, enduits de teinture de cantharides, puis recouverts par la peau, maintenue par des points de suture. Deux jours après, la suture enlevée, la plaie se montra vivement enflammée et tuméfiée, les lèvres en étaient réunies avec les parties voisines. Les vaisseaux, difficiles à isoler, étaient rougeâtres à l'extérieur; en dedans et in-

(1) *De Vasor. sanguif. inflamm.* Halle, 1797; *et in* Brera, *Sylloge opusc.*, t. III, p. 143.

férieurement, ils étaient complètement remplis par une lymphe coagulée, le bout supérieur était doublé par une pseudo-membrane mince, sous laquelle les tuniques vasculaires étaient rougies par la multitude des petits vaisseaux, visibles à la loupe, qui les parcouraient, et leurs parois épaissies, surtout celles de la veine.

II. Sur le même animal, les vaisseaux cruraux de l'autre membre furent liés et touchés avec la teinture de cantharides; deux jours après, l'artère et la veine étaient *colorées* en rouge, comme si on les avait enduites de sang. L'artère était gonflée à l'endroit de la ligature, et ses propres vaisseaux vivement injectés.

III. L'amputation de la cuisse fut pratiquée à un chien de six ans, avec les précautions convenables; les vaisseaux furent liés avec soin, et la plaie pansée. Trois jours après, la plaie était dans le meilleur état. La surface interne des vaisseaux était recouverte d'une pseudo-membrane blanchâtre, plus abondante dans l'artère, sous laquelle la tunique interne, très-vasculeuse, était comme *teinte* d'une couleur d'écarlate.

IV. Même opération. Extrémité des vaisseaux irritée avec la teinture d'euphorbe. Deux jours après, inflammation violente de la plaie, vaisseaux rouges, gonflés, entourés d'une exsudation lymphatique. Les ligatures enlevées, il n'y eut point d'hémorrhagie, parce que les vaisseaux étaient complètement oblitérés par une pseudo-membrane blanchâtre et sanguinolente. Abcès dans l'intérieur de la veine crurale, à quelque distance de la plaie. Traces d'inflammation dans les vaisseaux iliaques, et dans une foule de rameaux se distribuait dans les muscles.

Après plusieurs autres expériences, dans lesquelles l'irritation fut portée moins directement sur les vaisseaux, ceux-ci présentèrent une rougeur vive, uniforme, que les lotions ne faisaient point disparaître.

Déjà, à cette époque, l'illustre Scarpa avait étudié plusieurs formes de l'inflammation chronique, et il préparait l'ouvrage dans lequel il a fait ressortir l'influence des altérations des tuniques artérielles sur la production des anévrysmes avec un talent si supérieur à tout ce qui avait été fait jusqu'à lui.

Un mémoire inséré par Spangenberg, en 1804, dans les *Archives* de Horn, se trouve cité dans beaucoup d'ouvrages; il ne paraît pas néanmoins qu'il contienne rien d'original. Nous n'avons pu nous en assurer par nous-même, n'ayant pas ce recueil à notre disposition; mais Kreysig, au jugement de qui on peut s'en rapporter, ne donne ce travail que pour un résumé, bien fait à la vérité, des recherches et des observations antérieures.

Les belles expériences de Jones (1), sur les moyens qu'emploie la nature pour arrêter les hémorrhagies des artères divisées, devraient occuper dans cet article une place étendue, s'il nous était permis d'y faire entrer tout ce qui se rapporte à l'anatomie pathologique des artères; mais la nécessité de nous renfermer dans de justes limites nous oblige à n'y admettre que ce qui concerne l'inflammation de ces vaisseaux et ses principales suites. Toutefois, à ne les considérer que sous ce point de vue, les observations du chirurgien de Londres présentent encore quelques particularités du plus haut intérêt. Ainsi, après la rétraction et le resserrement plus ou moins considérables du vaisseau divisé, et la formation des caillots externe et intérieur, phénomènes primitifs, immédiats, et plus mécaniques que vitaux, survient un procédé plus es-

---

(1) *A treatise on the process employed by nature in suppressing hemorrhagy from divided arteries, and on the use of ligatures*, etc. Londres, 1807, fig.—Analys. dans les *Annales de la litt. med. étrang. de Kluyskens*, 1808, tom. VI, p. 179 et 284.

sentiellement organique, analogue à celui qui s'opère dans quelques phlegmasies sans division du vaisseau, et qui consiste dans l'exsudation plastique qui se fait à la surface interne de l'organe affecté. Cette exsudation, que Haller avait vue remplissant la carotide dans une étendue considérable, occupe, dans les cas observés par Jones, l'intervalle des deux caillots mentionnés, et y remplit toute la capacité de l'artère, puis s'étend, en s'amincissant sur le caillot intérieur. Sous cette couche pseudo-membraneuse dont le vaisseau se trouve doublé, sa tunique interne est rouge, ou même brune plus ou moins foncée. Tandis que cette exsudation plastique s'opère à l'intérieur, il s'en fait une analogue entre les tuniques même de l'artère et dans le tissu cellulaire qui l'entoure; cela fait que les parties s'épaississent et se confondent si complètement les unes avec les autres, qu'il est impossible de les distinguer. Ainsi, non-seulement le canal de l'artère est oblitéré, mais son extrémité est même effacée complètement et fondue dans les parties voisines.

Un fait de la plus haute importance, et dont l'analogue nous était déjà révélé par la première expérience de Sasse, c'est que, quand on détermine, au moyen d'une ligature avec un fil fin, la rupture des tuniques interne et moyenne d'une artère, quoiqu'on enlève cette ligature, et que le vaisseau redevienne immédiatement perméable au sang, la circulation ne tarde pas à s'y ralentir, à y être suspendue, et l'oblitération s'opère de la même manière qui a été exposée plus haut. Y aurait-il quelque condition particulière qui tendrait à arrêter le cours du sang, ou bien ce phénomène ne dépend-il que du rétrécissement du calibre du vaisseau qui doit nécessairement résulter de l'exsudation plastique qui se fait à sa face interne et dans l'épaisseur de ses propres parois? Cette dernière opinion paraît la plus probable. Enfin, Jones avait signalé la fa-

cilité avec laquelle une artère enflammée se laisse couper par une ligature; vérité si bien confirmée depuis, et qui a fait abandonner la dangereuse méthode de placer des *ligatures d'attente.*

L'ouvrage de M. Hodgson (1) ne contient rien de neuf sur l'inflammation des artères. Nous noterons cependant que l'auteur a vu la phlegmasie se propager de l'artère fémorale jusqu'au cœur, après une amputation de la cuisse, et qu'il cite d'autres observations analogues. Je ne sais si Hodgson ne serait pas le premier qui aurait distingué les taches écarlates, ou la coloration rouge-foncé que l'on trouve assez souvent dans l'aorte, et quelquefois dans tout le système vasculaire, des caractères de l'inflammation aiguë; en tout cas, il n'a point prouvé que cet état fût normal; et ses propres observations établissent qu'il peut exister dans des vaisseaux où il n'y a point de caillots sanguins. L'un des médecins de notre époque qui se sont le plus occupés de l'étude de ces *rougeurs* est M. Bouillaud. Déjà dans le traité des maladies du cœur et des gros vaisseaux, publié par lui et Bertin (1824), il avait rapporté un grand nombre d'observations dans lesquelles ce genre d'altération était présenté comme constituant des traces indubitables de phlegmasie, dans un *Traité clinique et expérimental des fièvres dites essentielles*, qu'il a mis au jour deux ans plus tard, il a rassemblé une foule de faits analogues, et déduit avec beaucoup de force et de solidité, les raisons les plus propres à faire attacher à ces colorations la même importance que leur attribuaient Frank, Schmuck, Reil, Kreysig, et plusieurs autres. Suivant M. Bouillaud, comme pour les médecins que nous venons de nommer, ce serait là le caractère anatomique

(1) *Traité des maladies des artères et des veines* (1815); trad. par M. Breschet. Paris, 1819; in-8.° 2 vol.

propre de la fièvre inflammatoire ; cette maladie consisterait essentiellement en une inflammation de la tunique interne des artères et des veines, serait, en un mot, une angio-cardite. Les observations de M. Tanchou (1), sur l'état des vaisseaux dans la variole ; celles de MM. Andral, Girard fils, Dupuy et Bouley, sur les chevaux qui périrent dans l'épizootie de 1825 (2), donnent à cette opinion certain degré de probabilité. Nous aurions dit une apparence de certitude, si les curieuses expériences de MM. Trousseau et Rigot (3), en montrant qu'on peut à volonté produire de pareilles colorations des gros vaisseaux, ne venaient nous rappeler avec quelle réserve il convient de s'exprimer là-dessus dans l'état où en sont aujourd'hui nos connaissances.

Nous terminerons en citant un ouvrage que sa date et son importance, sur le sujet qui nous occupe, auraient dû faire indiquer plutôt, *l'Histoire anatomique des inflammations* de M. Gendrin. L'auteur a répété les expériences de Sasse et quelques-unes de celles de Jones ; il a obtenu des résultats analogues, qu'il a exposés avec plus de détails, et quelquefois plus de précision. Enfin, nous ne savons à quelle date ni à quel auteur rapporter la première idée de considérer la *gangrène sénile* comme un résultat de l'obstruction qui s'opère dans les artères par l'exsudation plastique et la coagulation du sang qu'y détermine l'inflammation. Cette doctrine avait cours à l'Hôtel-Dieu il y a plus de dix années ; MM. Roche et Sanson l'exposèrent dans leurs *Élémens de médecine et de chirurgie* ; M. Alibert, dans une thèse intéressante (4), s'appuie

(1) *Recherches anat. pathol. sur l'inflammation des vaisseaux dans la variole. Journal univ. des Sc. méd.*, tom. XL.
(2) Andral, *Précis d'anat. pathol.*, t. II, p. 322.
(3) *Archives de Méd.* 1826.
(3) *Thèses de la Fac. de Méd. de Paris*, 1828, N.° 74.

d'un grand nombre de faits nouveaux, et plus récemment MM. Delpech et Dubrueil en ont fait l'objet d'un mémoire assez étendu (1). Il paraît que le premier de ces professeurs avait depuis long-temps connaissance de cet effet de l'artérite.

II. *Inflammation des veines.* — On ne trouve rien de précis dans les auteurs anciens, sur l'inflammation des veines. Les recherches de Hunter, Abernethey, Meckel, Travers, étaient les seules sources d'où dérivaient toutes les connaissances qu'on possédait sur ce sujet il y a peu d'années. Un grand nombre de travaux, parmi lesquels se distinguent ceux de M. Breschet et de M. Ribes, et tout récemment ceux de MM. Dance et de Velpeau, sont venus agrandir le domaine de la science.

J. Hunter (2) a la gloire d'avoir le premier observé et décrit l'inflammation des veines. Il soupçonna que ce pourrait bien être à cette cause qu'on devrait rapporter la mort rapide de quelques chevaux, après la saignée des veines du cou. Des autopsies lui montrèrent, en effet ces veines enflammées, et la phlegmasie se propageant, par leur surface interne, jusqu'à la poitrine, et même jusqu'au cœur. Il eut occasion d'ouvrir, chez plusieurs malades, à la suite de saignées malheureuses, des abcès qui suivaient le trajet des veines, et semblaient renfermés dans les tuniques de ces vaisseaux (3). Il avait trouvé

(1) *Mém. sur la gangrène momifique*, dans le *Mémorial des hôpitaux du Midi*, etc. 1829.

(2) *Medical Commentar.* Vol. III, p. 1. *Transact. of Society for the improvement of medic. and chirurg. knowledge.* T. I, p. 18.

(3) Après une saignée mal faite de la basilique, un homme fut pris d'une inflammation au bras et porté à l'hôpital. Huit jours après il mourut subitement. La veine malade, l'artère et les parties voisines, depuis le milieu de l'avant-bras jusqu'à l'aisselle, furent remis à Hunter qui en fit l'examen. La membrane interne de la veine était enflammée depuis la piqûre jusqu'à l'aisselle, et en bas à une cer-

dans les parois de quelques abcès pulmonaires, des veines dont la membrane interne était enflammée et en suppuration. Il avait fait la même remarque, après les amputations dans les veines du moignon, et il expliquait par cette circonstance la rapidité avec laquelle l'inflammation se propage de cette partie aux organes placés à une grande distance. Dans d'autres cas au contraire la maladie se limite, et Hunter regarde cette circonstance favorable, comme le résultat de l'occlusion du vaisseau, effet de l'exsudation plastique qui s'opère dans son intérieur. D'ailleurs, une des remarques les plus importantes qu'on lui doive, c'est que la mort rapide de quelques sujets atteints de phlébite est le résultat du mélange du pus avec le sang.

Les recherches les plus précieuses, après celles du médecin anglais, sont celles de Sasse (1). L'auteur fit des expériences sur des animaux vivans; et Meckel le père lui communiqua des observations très-importantes et entièrement neuves sur l'inflammation de la veine ombilicale et de tout le système véineux hépatique chez les nouveau-nés, à la suite d'un érysipèle, d'une hernie étranglée, ou d'une affection interne. Le même anatomiste communiqua à Sasse plusieurs observations extrêmement curieuses de phlébites chez des femmes en couche. La suivante, qui présente un exemple de ces formations d'innombrables abcès que détermine l'inflammation des

---

taine distance. La membrane interne de la veine brachiale avait suppuré, il s'était établi des adhérences entre ses parois, de manière à former deux abcès circonscrits. L'ouverture faite avec la lancette était encore béante. Le vaisseau était doublé à l'intérieur d'une couche pseudo-membraneuse. Au-dessus de l'abcès supérieur, sa cavité était assez libre pour que la matière purulente pût être versée dans la veine axillaire, et mêlée avec le sang.

(1) *De Vasorum sanguiferorum Inflammatione, auctore Jo. Georg. Sasse.* Halle, 1797. *Recus. in Brera, Syllog. opusc.* T. III, p. 143.

veines, sera sans doute lue avec plaisir, quoique l'auteur n'y ait pas aperçu les conséquences qu'a su déduire de faits analogues un médecin non moins judicieux qu'excellent observateur, M. Dance.

Une femme de trente ans, d'une constitution molle et scrofuleuse, enceinte pour la deuxième fois, accouchée heureusement deux ans auparavant, et dont la santé n'avait été troublée depuis lors que par un ulcère sinueux à la mamelle, eut une grossesse fort heureuse, pendant laquelle son embonpoint s'accrut considérablement. Au terme de la gestation, les douleurs puerpérales se déclarèrent. Le volume du ventre avait fait supposer l'existence de deux jumeaux; on s'était trompé, mais l'enfant que cette femme portait dans son sein était très-gros (il pesait dix livres), aussi l'accouchement fut-il lent et difficile. La mère en fut fatiguée, et d'autant plus affaiblie que, pendant et après la délivrance, dont on abandonna la terminaison à la nature, il y eut une perte considérable. Les seins commençaient à remplir leurs fonctions, quand tout-à-coup une fièvre violente s'allume avec des douleurs, non-seulement dans la matrice, mais dans la plus grande partie de l'abdomen. Un traitement approprié calma la fièvre au bout de trois jours, mais ce ne fut qu'après plus d'une semaine que les douleurs disparurent, et avec elles la sécrétion du lait. Les forces revenaient de jour en jour, tout faisait espérer une terminaison favorable, quand, au bout de trois semaines, reparut une fièvre ardente, avec froid extrêmement violent, chaleur plus considérable encore; elle eut d'abord un caractère bilieux, puis, quinze jours après, elle fut intermittente, tantôt quotidienne, tantôt tierce ou même quarte. Tous les secours de la thérapeutique furent vainement employés : une fièvre lente, une expectoration de pus vert comme de la bile délayée, des douleurs dans la région du

foie, où l'on trouvait une tuméfaction sensible, et, dans les derniers jours, une douleur atroce dans les régions inguinale et coxale du côté gauche, épuisèrent les forces de la malade, qui mourut dans le marasme quinze semaines après l'accouchement.

Autopsie. — Quoique la face et la poitrine fussent émaciées, le ventre était très-volumineux, mais souple dans toute son étendue, si ce n'est dans la région du foie. Le tissu cellulaire des parois abdominales étaient chargé de graisse, et formait une couche de plus d'un pouce d'épaisseur. Dès que le scalpel eut pénétré dans la cavité péritonéale, il s'écoula plusieurs livres d'une sérosité jaune-verdâtre. Tel était le volume du foie, que ce viscère recouvrait le colon ascendant jusqu'au niveau du cœcum. Il s'étendait de la crète iliaque droite à la partie supérieure de la rate, recouvrant dans cet intervalle une partie de l'estomac et des intestins grèles, et atteignait la région ombilicale. Sa couleur était d'un jaune cendré, sa substance, molle à sa surface, l'était aussi dans son intérieur. Si l'on en pressait des fragmens entre les doigts, l'on exprimait, d'une multitude de très-petites cavernes creusées dans le parenchyme, une humeur puriforme d'un vert jaunâtre. La rate était ramollie et d'un volume plus considérable que dans l'état naturel. Les poumons étaient sains tant à l'extérieur qu'intérieurement ; une petite quantité de mucus vert mêlé d'air remplissait les bronches et la trachée. Il restait à examiner la partie qui avait été, dans les derniers jours de la vie, le siége d'une douleur si violente. Le membre inférieur de ce côté était œdématié et plus volumineux que l'autre, de même que le pourtour de l'articulation coxo-fémorale. On pratiqua une incision aux tégumens de l'aîne, dans la direction des vaisseaux cruraux. Les ganglions étaient tuméfiés, entourés d'une infiltration de sérosité semblable à celle

qui remplissait le péritoine. L'artère, la veine et le nerf cruraux étaient de même plongés dans un tissu cellulaire infiltré. Ces deux vaisseaux se ressemblaient parfaitement à l'extérieur, pour la blancheur, la dureté, la consistance, si toutefois ces caractères n'existaient pas à un plus haut degré dans la veine. Ils furent mis à découvert, et dépouillés du tissu cellulaire, en bas, jusqu'au jarret, en haut, jusqu'à la veine cave inférieure; on en fit autant pour l'artère et la veine hypogastriques. Partout l'état extérieur de ces vaisseaux était le même. En les ouvrant en haut et en bas, on en vit sortir des liquides bien différens. Il s'écoula de l'artère du sang limpide et clair; la veine fournit, au contraire, du sang mêlé de pus. Les parois de ce dernier vaisseau avaient, dans toute l'étendue indiquée, plus d'épaisseur que l'artère, leur densité était telle qu'elles criaient sous les ciseaux qui les divisaient. La plus grande épaisseur existait sous le ligament de Poupart, à l'endroit où la veine pénètre dans l'abdomen. Après avoir lavé avec précaution l'intérieur de la veine malade, pour enlever tout le sang purulent qui s'y trouvait, sa tunique interne se montra plus épaisse et plus molle que dans l'état naturel, elle était évidemment recouverte d'une couenne inflammatoire, fragile en certains endroits, s'enlevant dans d'autres en plaques de grandeur variable. (Conservée dans l'alcohol, elle resta attachée à la membrane sur laquelle elle avait pris naissance.) Les valvules présentaient des lésions variées; les unes étaient déchirées, érodées, les autres considérablement épaissies, tuméfiées, d'un rouge jaunâtre, qu'elles conservaient encore long-temps après dans l'alcohol.

Une réflexion de Meckel sur cette observation mérite d'être reproduite ici. Quoique plusieurs choses, dit-il, aient concouru à rendre cette maladie mortelle, je ne crains pas d'affirmer que c'est la lésion des veines qui a

causé directement la mort, tant par l'irritation locale, dont les douleurs atroces éprouvées par la malade attestaient assez la violence, que par le mélange qui s'opérait entre le sang et le pus fourni par les parois veineuses, mélange, assurément, bien capable de jeter un trouble profond dans l'organisme (1).

---

(1) Les observations analogues à celle qui précède, recueillies avant la fin du dernier siècle, sont assez rares pour qu'il ne soit pas sans intérêt de rapporter encore la suivante :

Au septième mois d'une grossesse que n'avait traversée aucun accident, N. N. mit au monde un enfant mort. Autant l'accouchement fut facile, autant la délivrance offrit de difficultés. Il fallut aller décoller le placenta et l'extraire artificiellement. Avant, pendant et assez long-temps après cette opération, il y eut une hémorrhagie assez forte et de vives douleurs. La malade fut mise sur son lit dans un état de faiblesse extrême. Un régime analeptique et restaurant, l'emploi des sédatifs pour calmer une douleur qui s'était fixée au sacrum, ne purent empêcher le développement d'une fièvre violente. Après avoir conservé pendant quinze jours un caractère aigu, cette fièvre devint lente et demeura telle pendant les deux semaines que vécut encore la malade. Les symptômes caractéristiques de sa maladie furent les suivans : douleurs à la partie moyenne et inférieure de la région hypogastrique, s'étendant delà au fond du bassin et à la région lombaire du côté droit. Ecoulement abondant et continuel, par les parties génitales, d'une humeur blanche, puriforme, assez fétide. Sortie par l'anus d'une humeur de même nature, ordinairement sans mélange, quelquefois combinée avec les matières fécales, rarement avec une petite quantité de sérosité jaunâtre. Le cadavre était émacié et exsangue. L'épiploon, encore assez chargé de graisse, avait des adhérences avec la trompe et l'ovaire du côté gauche. Les intestins grêles étant écartés, l'utérus se montra remplissant non-seulement le fond et la cavité supérieure du bassin, mais encore une partie de l'hypogastre. Le fond de ce viscère avait une forme sphéroïde ; sa face antérieure était arrondie, recouverte par le péritoine, dans ses rapports naturels avec la vessie, et n'offrait d'autre particularité que son étendue. Il en fut bien autrement de sa face postérieure. A l'endroit où le péritoine se replie pour la revêtir, la surface séreuse devenait inégale; à un pouce plus bas le péritoine était détruit, et ne consistait plus qu'en filamens celluleux mêlés de pus, s'étendant de la matrice au rectum. Une assez grande quantité

Près de vingt ans auparavant, Paletta (1) avait publié sur ce sujet des observations et des réflexions si remarquables, que nous ne pouvons nous empêcher d'en rap-

de pus semblable à celui que la malade rendait par l'anus et le vagin, était accumulée entre ces parties. Après l'avoir abstergé, on introduisit avec précaution un stylet dans cette cavité celluleuse, et l'on parvint sans obstacle jusque dans le rectum. Toutes les veines qui environnent l'utérus, les troncs hypogastriques et la veine cave inférieure, surtout au niveau du rein droit, avaient un volume considérable. La paroi postérieure du rectum ayant été incisée dans le sens de sa longueur, on vit le stylet dont il a eté question pénétrant dans l'intestin par une perforation de trois ou quatre lignes de périphérie, à bords squirrheux et ulcérés. Il existait donc un ulcère fistuleux entre le rectum et la matrice. L'orifice par lequel il s'ouvrait dans ce dernier organe, avait plus d'étendue que celui que nous avons décrit dans l'intestin. Le vagin fendu latéralement ne formait qu'nn canal continu avec la matrice, et était plein de matière puriforme ; un liquide semblable remplissait la cavité de l'utérus, qui avait plus de quatre pouces de long et près de trois pouces de large. L'endroit où avait été greffé le placenta se distinguait encore à la face postérieure; on y voyait une masse inégale, fongueuse, de deux à trois lignes d'épaisseur, et faisant corps avec l'utérus. Les veines, dont l'aspect extérieur avait frappé l'attention, furent examinées avec soin; on les dégagea du tissu cellulaire environnant, et dans cet état tout le système des veines utérines et spermatiques présenta une augmentation remarquable du calibre des vaisseaux et de l'épaisseur de leurs parois. Il s'en écoula, quand on les ouvrit, de véritable pus. La veine cave, à l'endroit où elle reçoit la rénale droite, offrait une tuméfaction resistante : on l'incisa en long, et l'on vit, outre ses parois plus que doublées d'épaisseur, une certaine quantité de pus liquide, un polype formé de concrétions puriformes pseudo-membraneuses, creux vers la partie supérieure, massif par en bas, et bouchant presque complètement la veine cave. Cette concrétion s'étendait dans la veine émulgente et jusques dans ses premières divisions qu'elle obstruait entièrement. Les parois de cette veine étaient d'ailleurs rouges et épaissies.

Plusieurs choses, dit Meckel, contribuèrent à rendre mortelle la maladie de cette femme; mais ne faut-il pas attribuer l'arrivée du terme fatal à cette lésion profonde des veines ?

(1) *Voyez* les *Exercitationes pathologicæ*. Cap. III. Ses obs. sont de 1787.

porter quelques fragmens. *Gravè adeò ac vehemens malum* (énorme phlébite) *non videbatur in sanguineis pelvis vasis substitisse; sed humorem per venæ cavæ torrentem ad cor delatum, in remotiori aliquâ parte depositum fuisse, jure suspicabamur. Quare reserato thorace in dextero pulmone, qui undique liber, colore et consistentiâ naturali erat, quatuor abscessus offendimus, etc.*

..... *Hæc enim* (*vasa*) *sive saniosam materiam ex ipso ulcere exceptam ad interiores partes deportarint, sivè quod verosimilius, pus ab tunicarum inflammationem in earum lumine generatum a redeunte sanguine in humorum massam transvectum sit; certè utrovis modo ab extremis partibus ad interiores per hæc vasa materia peccans delata est.*

..... *Si itaque hæc transvectio causa est apostematum in memoratis visceribus observatorum; nonne idem sentiendum est de abscessibus, qui post graves capitis læsiones in hepate, liene, pulmone, pericardio consequuntur?.... Possunt utique sanguineæ venæ ob ictûs vehementiam et capitis concussionem, etc., inflammationi ut aliæ partes esse obnoxiæ, etc.*

Bichat (1) rencontra sur un cadavre la veine splénique, ainsi que le tronc de la veine-porte et toutes les branches hépatiques, remplis d'une sanie grisâtre. Ce sont là les seuls renseignemens qu'il donne sur ce fait ; mais ils suffisent pour rendre au moins extrêmement probable l'existence d'une phlébite. Dans plusieurs cas de fièvre puerpérale, Clarke a trouvé les veines de l'utérus remplies de pus (2) ; Wilson a vu chez trois femmes mortes une ou plusieurs semaines après l'accouchement, le parois des principales veines de l'utérus épaissies

(1) *Anat. gén.* T. I, p. LXX.
(2) *Practical Essays*, etc. *V.* Hodgson. T. II, p. 393.

et leurs cavités partiellement oblitérées. Les veines iliaques et leurs plus grosses branches étaient oblitérées par de la lymphe plastique ou des caillots, la veine cave inférieure gorgée de pus, etc. En pareil cas, dit Hodgson, les symptômes avaient une analogie frappante avec ceux de la fièvre typhoïde.

Travers étudia avec beaucoup de soin la phlébite qui succède à l'amputation des membres, à la ligature des veines ou à l'excision des varices, M. Dupuytren celle qu'on voit survenir après la saignée, MM. Longuet, Ribes, Bodson, Fizeau, Raikem, et M. Breschet, qui rassembla dans ses savantes notes sur Hodgson tout ce qu'on savait sur ce sujet, plusieurs circonstances particulières de la maladie. Le travail de M. Ribes (1) se fait remarquer, non-seulement parce que l'auteur a vu la plus grande partie de ce qui s'était offert aux observateurs qui l'avaient précédé, mais encore par des observations et des vues nouvelles. Telle est, par exemple, cette opinion, fondée sur des faits, que, dans l'érysipèle, l'inflammation des veines prédomine sur celle des artères et des vaisseaux lymphatiques. M. Ribes a vu, à la suite de la péritonite puerpérale, les veines abdominales pleines d'une suppuration sanieuse. Il pense, après Hunter, Paletta, Meckel, que c'est-là ce qui rend si promptement mortelles les maladies de l'utérus chez les femmes en couche. Quant aux abcès nombreux qu'on voit se former si rapidement loin de l'organe primitivement affecté, M. Ribes, et après lui MM. Andral, Velpeau, Louis, les considéraient comme le résultat d'un simple dépôt de pus absorbé dans un foyer quelconque, et transporté en masse à travers le torrent circulatoire. Il était réservé à un observateur, dont nous avons eu plu.

(1) *Mém. de la Soc. méd. d'Émulat.* T. VIII, p. 604. *Revue médicale*, 1825, T. III, p. 541.

sieurs fois occasion de louer la grande perspicacité, d'expliquer d'une manière bien plus physiologique, et mieux encore, de démontrer anatomiquement la véritable formation de ces abcès (1). M. Dance a fait voir que le sang, s'imprégnant plus ou moins de molécules purulentes, devient un agent de perturbation générale et d'irritation locale, dont les effets sont de déterminer des phénomènes généraux extrêmement graves auxquels succèdent des inflammations promptement purifères. Il a d'ailleurs éclairé par les observations les plus précises et par des discussions profondes, tous les points principaux de l'histoire de la phlébite, et émis des vues d'une haute importance sur divers points obscurs de pathologie générale. Le beau travail de ce médecin est trop connu pour qu'il soit nécessaire de rappeler ici tout ce qu'il renferme de neuf et d'excellent.

Tout récemment, dans le n.° du 28 mars, du *journal Hebdomadaire de médecine*, M. Blandin vient de reproduire les opinions de M. Dance sur la phlébite, et sur les accidens qu'elle entraîne à sa suite. La doctrine du dernier reçoit de ce travail tout l'appui que peuvent donner des résultats précis et identiques d'observations assez nombreuses. Sous ce rapport, et pour avoir donné quelques détails nouveaux sur la phlébite consécutive aux amputations, M. Blandin a droit à être signalé parmi ceux à qui la science a des obligations; mais son mémoire appelle aussi dans un autre sens, l'attention de l'historien, et demande quelques explications, qui justifient la place que nous lui avons assignée à la suite des autres travaux dont nous venons de parler. Plusieurs passages, dont le style

(1) Dance, *de la Phlébite utérine, et de la Phlébite en général*, etc. dans les *Archives de Méd.* 1828—29.

(2) *Mém. sur quelques accidens très-graves à la suite des Amputations des Membres*. Journ. heb. de méd. T. II, p. 579.

n'est pas sans quelque obscurité, pourraient faire croire que M. Blandin revendique la priorité sur M. Dance, relativement à ce qu'ils viennent de publier l'un et l'autre, sur les abcès pulmonaires ou hépathiques, consécutifs aux amputations, sur le développement de ces abcès, sur la source d'où provient le pus dont ils sont formés, sur les rapports qu'ils ont avec la phlébite, etc.; ce serait certainement une erreur de le penser, et je suis convaincu que c'est par inadvertance que M. Blandin s'est exprimé de manière à faire entendre que ces différens points d'anatomie et de physiologie pathologique avaient déjà été traités dans sa thèse inaugurale (1), ce ne peut être non plus en faisant allusion à cette thèse, que M. Blandin a dit que M. Dance venait, dans un très-beau travail, d'établir sur des faits nombreux et concluans, une doctrine semblable à la *sienne*, car il a la bonne foi de convenir (page 596.) qu'il abandonne *aujourd'hui* une doctrine fort différente, pour adopter celle de son judicieux confrère. Seulement il avait pensé depuis long-temps que les abcès pulmonaires dont nous parlons, sont le produit d'une inflammation locale, et c'est-là tout ce qu'a de commun son opinion de 1824, avec la doctrine de M. Dance (2).

(*La suite au Numéro prochain.*)

---

(1) *Voyez* Phil. Fred. Blandin, *Recher. sur quelques points d'Anat., de Physiol. et de Pathol.* Thèse. Paris, 1824, N°. 216.

(2) La suite de ce travail renfermera, en deux ou trois articles, la fin de la revue des travaux d'anatomie pathologique. Nous essaierons ensuite d'embrasser, dans un coup-d'œil général, l'ensemble de ces travaux, de mesurer l'influence qu'ils ont eue sur la marche de la médeeine, et après avoir étudié rapidement les doctrines qui ont eu cours depuis un demi-siècle, nous nous hasarderons à porter un jugement sur le passé, et à exposer quelques vues sur les besoins actuels de la science. Un tel jugement ne peut avoir quelque valeur qu'autant qu'il repose sur une connaissance suffisante de tous les faits de détail qui ont frappé les observateurs ou occupé les esprits; c'était

Mémoire sur l'hydrocéphale aiguë observée chez l'adulte; par M. DANCE, *agrégé à la Faculté de Médecine de Paris.*

Le travail que nous livrons au public n'est point une histoire complète de l'hydrocéphale aiguë, une histoire dans laquelle nous ayons cherché à mettre à profit les écrits d'une foule d'auteurs recommandables qui se sont occupés de ce sujet. C'est tout simplement un exposé d'observations qui mériteront peut-être quelque intérêt, en ce qu'elles concernent uniquement des individus adultes dans une maladie que l'on considère généralement comme particulière à l'enfance, et qu'on n'a guère étudiée que dans cette première période de la vie. D'ailleurs, le nombre et la variété de ces observations nous ont permis d'embrasser presque tous les points les plus importans de l'hydrocéphale aiguë; pour cela, nous les avons partagées en plusieurs grouppes ou sections : les unes, destinées à montrer cette affection, tantôt simple et primitive, tantôt compliquée ou secondaire, survenant d'une manière occulte ou bien tenant à des causes évidentes; ayant, le plus souvent, une marche rapide, une terminaison prompte, mais affectant quelquefois une marche chronique; les autres, propres à faire ressortir les difficultés du diagnostic, en mettant en opposition les phénomènes de l'hydrocéphale avec ceux d'autres maladies cérébrales, analogues par leur forme symptômatique, mais différentes par leur nature anatomique; quelques-unes, enfin, (mais

donc par l'étude de ces détails que nous devions commencer. Cette marche, outre qu'elle est la seule qui soit logique, avait d'ailleurs pour nous l'avantage d'alléger une tâche qui est sans doute au-dessus de nos forces, puisqu'elle fournit à nos lecteurs les moyens de suppléer par eux-mêmes à ce qu'il pourrait manquer à nos aperçus d'étendue et de profondeur.

en trop petit nombre) consacrées spécialement à démontrer les effets salutaires du traitement lorsque la maladie est attaquée dans son début. Ce cadre renferme, comme on le voit, les élémens des causes, des symptômes, des complications, du diagnostic, du pronostic et du traitement de l'hydrocéphale aiguë, ce qui nous a permis d'établir quelques généralités fondées uniquement sur les observations que nous avons rapportées.

Quoique ce travail ne présente rien de nouveau dans son ensemble, nous espérons qu'on y trouvera quelques faits importans, quelques détails curieux échappés à l'attention des observateurs, avantage que nous devons sans doute à ce que, chez l'adulte, les maladies se montrent d'ordinaire avec des caractères plus tranchés que chez l'enfant.

Nous avons, du reste, conservé la dénomination d'hydrocéphale aiguë, sous laquelle cette maladie a été connue d'abord, nous réservant de donner plus tard des explications à ce sujet. Le lecteur trouvera peut-être quelques-unes de nos observations longues et fastidieuses, en ce que l'état des malades y est mentionné chaque jour, et que les mêmes symptômes y sont souvent répétés sous des nuances peu tranchées; mais nous avons cru ces détails indispensables pour se former une idée juste de la marche et des variations nombreuses que présentent ces mêmes symptômes à telle ou telle période de la maladie.

I.re *Section. — Hydrocéphales aiguës avec épanchement dans les ventricules cérébraux et le canal rachidien; œdème de la substance cérébrale; ramollissement des parois ventriculaires, sans traces d'inflammation dans les méninges.*

Observation première. — Un commissionnaire âgé de vingt-six ans, d'une belle stature et d'une bonne consti-

tution', fut reçu à l'Hôtel-Dieu le 17 février 1824. Il avait éprouvé, dans le mois de janvier, une fluxion de poitrine dont il était parfaitement rétabli; mais depuis quinze jours, il avait été pris d'un grand mal de tête, accompagné d'étourdissemens et de propension au sommeil. Lors de son entrée à l'hôpital, il se plaignait encore vivement de la tête, son regard était triste et abattu; son pouls, petit, faible, ne battait que 60 fois par minutes; la température de la peau, la coloration de la face n'étaient point différentes de l'état naturel (*Saignée du pied*). Le lendemain, aucun changement; mais la nuit suivante, le malade éprouve un peu de délire, il quitte son lit en divaguant; cette agitation est de courte durée. Le 19, douleur vive répandue dans toute la cavité du crâne; somnolence; pouls à 56 pulsations par minutes; langue humide; respiration naturelle. (*Application de glace sur la tête* ℔ij *d'heure en heure, sinapismes aux pieds, lavement purgatif, tisane d'orge gommée.*) Jusqu'au 22 les mêmes moyens sont employés, le malade semble soulagé, il se plaint moins de la tête; mais le 23, stupidité dans les réponses et l'expression de la face; paroles incohérentes, et par momens cris, agitation désordonnée, pouls à 60 pulsations par minute. Le 24, hallucinations, aspect de fantômes hideux, que le malade cherche à écarter avec les mains; pouls à 80 pulsations par minute, dilatation des pupilles. (*Douze sangsues derrière les oreilles.*) Les 25 et 26, faible amendement. (*Nouvelle application de glace sur la tête, calomel gr.* vj) Le 27, pupilles largement dilatées et immobiles, la gauche un peu plus élargie que la droite; membres dans un état de demi-résolution, mais conservant encore la faculté de sentir; raideur du cou et du tronc telle, qu'en soulevant la tête par l'occiput on redresse tout le corps en masse; intelligence obtuse; point de chaleur fébrile à la peau. (*Limonade émétisée, vésic.*

sur la nuque, calomel gr. vj.) Le 28, excrétion involontaire des urines et des fèces; abolition des facultés de rapport; fréquence du pouls. (*Calomel, gr.* viij.) Les 1.er et 2 mars, retour léger de la connaissance; le malade profère quelques paroles vagues et interrompues, il promène lentement ses mains sur les couvertures du lit, qu'il tiraille comme pour les amener à lui; langue rouge sur ses bords et sèche à son centre; pouls très-variable et plus fréquent que les jours précédens. (*Glace sur la tête.*) Le 3 mars, résolution complète et flaccidité des membres; coma, respiration entrecoupée, pouls filiforme; mort à huit heures du matin, le 29.e jour depuis l'invasion de la maladie.

Ouverture du cadavre au bout de vingt-quatre heures. — Le crâne avait, en général, des dimensions plus considérables que ne le comportait la conformation du sujet; les sutures étaient parfaitement réunies. Les circonvolutions de la convexité du cerveau étaient uniformément aplaties et rapprochées les unes des autres, de manière à ne laisser aucun intervalle entre elles; les vaisseaux cérébraux extérieurs paraissaient affaissés et vides de sang; les méninges n'offraient aucune altération, tant à la base qu'à la convexité du cerveau; les ventricules latéraux et le moyen, élargis dans tous les sens, contenaient une grande quantité de sérosité (7 à 8 onces) semblable à du petit lait clarifié; les parois des ventricules et la cloison qui les sépare ne présentaient aucune trace de ramollissement à leur surface, mais la substance du cerveau et du cervelet, pâle, humide et comme œdémateuse, offrait une grande laxité; l'origine de la moelle épinière était, en outre, baignée par une abondante quantité de liquide de même nature que celui contenu dans les ventricules, le reste de ce cordon nerveux était dans l'état naturel. La membrane muqueuse de l'estomac était plis-

sée sur elle-même, ponctuée en rouge par points isolés, mais d'une bonne consistance. Les autres organes ne présentaient aucune altération.

Obs. II.e — Le 4 juillet 1823, on conduisit à l'Hôtel-Dieu un jeune homme de l'âge de 15 ans, bien constitué, qui, d'après le rapport de ses parens, était malade depuis quinze jours, avait d'abord perdu l'appétit et ressenti quelques douleurs vagues dans les membres, s'était plaint ensuite d'un violent mal de tête faisant pousser les hauts cris, avait éprouvé en même temps des vomissemens spontanés, et, enfin, était tombé, depuis deux jours, dans un assoupissement continuel. On lui avait administré deux onces de manne pour tout traitement. Voici quel était son état : perte des facultés intellectuelles et de celles de rapport; dilatation des pupilles telle, que le petit cercle de l'iris avoisinait la circonférence de la cornée, ce qui donnait à la physionomie une expression toute particulière; paupières tombantes ne recouvrant qu'à moitié les globes oculaires; mouvemens automatiques des avant-bras et des mains comme pour saisir les objets environnans; tendance prononcée des membres à la flexion; raideur des muscles de la partie postérieure du cou et du tronc; douleur exprimée par des cris quand on incline de force la tête sur la poitrine; bouche entr'ouverte, langue humide, sans rougeur contre nature; respiration calme et ralentie; pouls petit, peu consistant et d'une lenteur remarquable; chaleur naturelle de la peau. (*Saignée une palette, quinze sangsues aux tempes et vingt à l'anus, sinapismes aux pieds.*) Le lendemain, aucun changement; on remarque seulement que la pupille gauche est plus dilatée que la droite, et que le pouls a pris une certaine fréquence. (*Quinze sangsues aux tempes, compresses trempées dans l'eau froide vinaigrée sur la tête.*) Deux heures après l'application des sangsues, mouvemens

ifs des membres supérieurs, suivis d'une résolu-
ıérale et d'une grande gêne dans la respiration.
6 juillet au matin.
rture du cadavre au bout de vingt-quatre heures.
illes moins dilatées sur le cadavre que pendant la
'*éte.* Circonvolutions cérébrales aplaties et presque
nent effacées; méninges dans l'état sain, tant à la
'à la convexité du cerveau, présentant seulement
heresse contre-nature; substance cérébrale pâle,
e, imprégnée de sérosité et comme œdémateuse;
ıles cérébraux remplis et distendus par un liquide
ıent opalin, dont la quantité était considérable;
ssement floconneux et superficiel de leurs parois,
très-manifeste en versant un filet d'eau sur ces
parois; sérosité abondante qui s'est écoulée du
achidien en soulevant le cadavre par les pieds.
lésion dans les autres organes.
III.ᵉ — Le 11 juin 1827, on déposa dans la salle
oine, à l'Hôtel-Dieu, une jeune fille âgée de 17
ns donner d'autre renseignement sur son compte,
est qu'elle était malade depuis huit jours. Elle
la nuit suivante: les pupilles étaient larges et im-
, l'œil renversé, le pouls petit et d'une grande
ce; la malade était dans un coma profond avec
on générale; une sueur froide couvrait la peau.
ıverture du cadavre, nous trouvâmes les circon-
s cérébrales aplaties et tassées les unes contre
es; les méninges collées aux circonvolutions, et
aplaties elles-mêmes; le cerveau ballottant
une vessie pleine aux deux tiers; les ventricules
nt une énorme quantité de liquide un peu opaque;
on interventriculaire et le trigone cérébral ra-
t semblables à de la crême, dont ils avaient la
Le même ramollissement se remarquait sur les

parois des ventricules, et, en général, toute la masse cérébrale était mollasse et imprégnée de sérosité; une quantité très-notable de liquide existait pareillement à l'entrée du tube rachidien et dans les portions cervicale et lombaire de ce canal; les autres viscères sains.

Parmi les trois observations qui viennent d'être exposées, la première représente, dans toutes ses périodes, la maladie connue sous le nom d'hydrocéphale aiguë, débutant par une céphalalgie violente accompagnée d'étourdissement et de somnolence, donnant lieu, plus tard, à une sorte d'inertie dans les fonctions sensoriales, locomotrices et circulatoires; se terminant, enfin, par une résolution générale suivie de la mort. La seconde ne dépeint la maladie qu'à partir de la deuxième période, alors que les facultés intellectuelles étaient dans la torpeur, les sens engourdis, les mouvemens affaiblis, la circulation languissante, les pupilles largement dilatées. La troisième, enfin, n'exprime que le dernier terme de cette affection, qui a conduit à la mort par l'abolition complète de toutes les fonctions placées sous l'influence directe ou indirecte du centre cérébral.

Ces observations présentent encore la même maladie dans son plus grand état de simplicité anatomique, si l'on peut s'exprimer ainsi; c'est-à-dire, ne consistant qu'en une congestion séreuse et un épanchement dans les cavités encéphaliques; mais à cet épanchement il faut joindre d'autres lésions fort analogues, constituées, dans les trois cas, par un état d'œdème et une sorte de relaxation de la substance cérébrale, et par un amas de sérosité contre nature dans le canal vertébral; dans le second cas, par un ramollissement blanc des parois ventriculaires, ramollissement porté, dans le troisième cas, jusqu'à la liquéfaction du septum médian et du trigone cérébral. Nous verrons bientôt qu'à toutes ces lésions s'en associent encore d'autres d'un caractère plus décidément

inflammatoire, qui ne permettent pas de révoquer en doute la nature active de cette espèce d'hydropisie; nous examinerons alors la part que chacune d'elles peut avoir dans la production des symptômes.

IIe *Section. — Hydrocéphales aiguës avec épanchement dans les ventricules cérébraux; ramollissement et même perforation de la cloison interventriculaire; de plus, inflammation des méninges, qui recouvrent la base du crâne et l'origine de la moelle épinière.*

Obs. IV. — Une jeune fille âgée de 17 ans, d'un tempérament lymphatique, offrant toutes les apparences extérieures de la puberté, éprouvait de temps à autre, et depuis dix-huit mois, des malaises vagues et passagers, des palpitations, des douleurs de reins, qui semblaient annoncer l'apparition prochaine des règles; mais ces efforts de la nature, quoique secondés par quelques moyens de l'art, avaient été jusqu'alors sans résultat.

Le 28 février 1825, cette jeune personne est prise, sans cause appréciable, d'un violent mal de tête comme si le crâne eût été comprimé par un bandeau étroit: elle se plaint en même temps de douleurs au creux de l'estomac. Douze sangsues appliquées sur cette région ne produisent qu'un soulagement de courte durée. Les jours suivans, le mal de tête s'accroît et s'accompagne de rougeurs vives et passagères à la face; on remarque que la malade s'assoupit facilement, dort plus long-temps que de coutume, et parle en mâchonnant; quelques grincemens de dents et des vomissemens bilieux abondans se manifestent. Le 6 mars, absences passagères de raison; hallucinations; assoupissement ayant l'apparence d'un sommeil profond, et duquel on ne retire la malade qu'avec peine; alors elle tourne la face contre l'oreiller, et murmure entre les dents quelques paroles inintelligibles;

respiration lente et douce; expression calme des traits; pouls petit, peu consistant, et ne donnant que cinquante pulsations par minute; température de la peau tout-à-fait naturelle. (*Vingt grosses sangsues derrière les oreilles, sinapismes aux pieds.*) Le 7, caractère devenu acariâtre, de doux et d'affable qu'il était; impatiences et mauvaise humeur aussitôt qu'on excite la malade; assoupissement presque continuel, et par momens cris aigus et perçans; rotation de la tête sur l'oreiller; avant-bras raides à l'extension; pupilles de largeur moyenne, mobiles à l'approche de la lumière; pouls petit, dépressible, à 64 pulsations par minutes; respiration élevée et parfois suspirieuse; expression de souffrance dans les traits marquée par deux sillons profonds qui, de chaque côté, avoisinent la lèvre supérieure. (*Cinquante sangsues à la base du crâne, sinapismes aux pieds.*) Le 8, amendement; la malade recouvre la connaissance, mais à un faible degré; elle est moins assoupie que la veille, et répond sensément à quelques questions. (*Vingt sangsues à la base du crâne, calomel gr.* ij, *lavement purgatif, orge gommée pour tisane.*) Le 9, copieuse selle pendant la nuit; le mieux persiste; le pouls est devenu un peu inégal, le nombre de ses battemens est naturel. (*Trente sangsues à la base du crâne.*) Le 10, la malade est encore plus éveillée que les jours précédens, aussi a-t-elle la conscience de son état, et accuse aujourd'hui de la douleur à la tête, douleur qu'elle compare encore à celle que produirait un bandeau étroitement appliqué contre le crâne; son pouls est faiblement accéléré et très-inégal; la température de la peau naturelle, la langue humide. (*Application de deux livres de glace sur la tête d'heure en heure, calomel gr.* ij, *lavement purgatif.*) Pendant la journée, coloration vive et passagère de la face; grandes variations dans l'état du pouls quant à son rithme, sa force et sa fré-

quence. Au soir, retour de l'assoupissement, parole confuse et embarrassée. (*Petite saignée du pied.*) Le 11, connaissance presque entièrement abolie; respiration suspirieuse, inégale; pupilles larges et peu mobiles; pouls toujours variable. (*Glace sur la tête comme hier.*) Au soir, coloration de la face, peau chaude, pouls fréquent. (*Trente sangsues à la base du crâne.*) Le 12, cris aigus pendant tout le cours de la nuit; léger renversement de la tête en arrière avec raideur, douleur dans cette région par le mouvement. (*Suspension de la glace, saignée deux palettes, qui fournit un sang riche en fibrine; calomel gr.* iij, *lavement purgatif.*) Au soir, pouls à 160 pulsations par minutes, peau chaude. Le 13 au matin, pouls inégal et à 120, mouvemens convulsifs des globes oculaires, pas d'évacuations alvines. (*Tamarin émétisé, calomel gr.* vj, *nouvelle application de glace sur la tête* ℔iv *et d'une manière intermittente.*) Au soir, subdélirium, rotation des yeux, strabisme, mouvemens automatiques des mains comme pour relever les couvertures du lit, ou pour saisir des corps légers voltigeans dans l'atmosphère. Le 14, mussitation, demicoma, pupilles largement dilatées et peu mobiles, soubresauts des tendons, pouls à 110, plusieurs selles liquides verdâtres. (*Bain tiède avec affusions froides sur la tête, calomel gr.* vj, *vésicatoire sur la nuque*) Le 15, coma profond, tête reposant sur son côté droit, commissures des lèvres fortement déviées dans le même sens, membres supérieur et inférieur gauches dans un état de résolution paralytique, tandis que ceux du côté droit sont mobiles et sensibles; paupières abaissées et contractées sur les globes oculaires, pupilles larges également dilatées à droite et à gauche, pouls à 132. (*Tamarin émétisé, calomel gr.* vj.) Le 16, même position de la tête que la veille, même distorsion à droite de la bouche avec

pérament lymphatique, ayant un développement physique propre à la puberté, mais n'étant point encore réglée, fut reçue à l'Hôtel-Dieu le 9 février 1826, éprouvant depuis quinze jours de violens maux de tête, auxquels s'étaient joints une insomnie presque continuelle, et plus tard des envies de vomir et des vomissemens répétés. Elle était dans l'état suivant : mémoire et intelligence saines; mais l'attention est peu soutenue; céphalalgie obtuse, gravative et parfois lancinante, rapportée à la région frontale; douleur occupant toute la longueur du rachis depuis l'occiput jusqu'au sacrum, augmentant par les mouvemens du tronc; face exprimant la souffrance et l'accablement; paupières pesantes; œil redoutant la lumière; pupilles de largeur ordinaire et mobiles; langue blanche, humide; respiration naturelle; pouls faible, dépressible à 57 pulsations par minute; point de chaleur fébrile à la peau; constipation depuis plusieurs jours. Le lendemain, mal de tête oppressif; paupières clauses, non que la malade se livre au sommeil, mais parce que les objets environnans lui paraissent doubles ou triples lorsqu'elle tient les yeux ouverts, ce qui lui occasione un tournoiement désagréable; douleur partant du rachis, et se propageant par élancemens jusque dans les membres inférieurs; pouls dans le même état que la veille. (*Saignée du pied.*)

Le 11, caractère changé; humeur aigre et fâcheuse; la moindre interrogation fatigue la malade; le moindre attouchement excite des plaintes et des cris de sa part; pupilles plus larges et moins mobiles que les jours précédens; pouls faible, inégal, à 65 pulsations par minute. (*Application de glace sur la tête* ℔ ij, *d'heure en heure; calomel gr.* vj; *orge gommé; lavement.*)

Au soir et pendant la nuit, cris aigus, instantanés, accompagnés de ces exclamations : *ah! hélas! ma mère;* trémoussement et agitation convulsive du tronc et des mem-

bres; dilatation et resserrement alternatif des pupilles; lorsqu'on soumet l'œil à l'influence de la lumière; urines rendues involontairement; selle copieuse. (40 *sangsues à la base du crâne.*)

Le 12, les cris sont moins aigus et moins rapprochés que la veille; la malade se prête plus facilement aux questions qu'on lui adresse, se plaint encore de la tête et souffre dans toute la longueur du dos; on remarque sur les côtés de la lèvre supérieure deux sillons profonds qui donnent à la face une expression particulière de douleur; le pouls s'élève à 80 pulsations par minute; la peau ne présente point de chaleur fébrile. (40 *sangsues à la base du crâne; calomel gr.* viij; *sinap. aux jambes; lavement purgatif.*)

Le 13, les exclamations *ah! hélas!* recommencent, et s'accompagnent encore de trémoussemens dans le tronc et de secousses convulsives dans les membres; la parole est confuse, embarrassée. (30 *sangsues à la base du crâne; calomel gr.* viij; *nouvelle application de glace sur la tête* ℔ij.) Au soir, les cris ne se font entendre que de loin en loin; la malade semble plongée dans un sommeil léthargique; les pupilles sont largement dilatées et dans un état d'oscillation presque continuel; parfois les yeux se renversent et deviennent divergens. Le 14, assoupissement comateux, collapsus général sans rigidité des membres ou du tronc. (*Calomel gr.* x; *vésicatoire sur le cuir chevelu; suspension de la glace.*) Le 15, aucun changement; pouls régulier à 80 pulsations par minute; plusieurs selles liquides verdâtres. (*calomel gr.* xv; *glace sur la tête.*) Le 16, respiration inégale; soupirs involontaires, suivis de cris plaintifs; faiblesse et lenteur des mouvemens comme si les membres étaient dans un état voisin de la paralysie. (*Calomel gr.* xv.) Les 17 et 18, assoupissement continuel; dilatation et oscillation des pupilles; rotation des globes oculaires; fréquence du pouls;

chaleur de la peau. (*Calomel gr.* xx; *frictions sur les membres avec onguent napolitain* ʒij.) Le 19, retour inespéré de la connaissance; la malade répond à plusieurs questions, et récupère en partie la liberté de ses mouvemens; le pouls est à 100 pulsations par minute. (*Calomel gr.* xxv; *frictions avec onguent napolitain* ʒiij; *glace sur la tête.*) Le 20, coma complet; respiration stertoreuse; résolution générale; mort à cinq heures du soir, le 26.ᵉ jour depuis l'invasion de la maladie.

Ouverture du cadavre le surlendemain. — Maigreur avancée; faible rigidité cadavérique. — *Tête.* Aplatissement et tassement des circonvolutions cérébrales; sécheresse et friabilité de l'arachnoïde, dont la surface était comme dépolie; injection de la pie-mère, mais sans déposition de fausses membranes dans son tissu, tant à la base qu'à la convexité du crâne; épanchement considérable (6 à 7 onces) d'un liquide opalin dans les ventricules cérébraux, et principalement dans les latéraux, dont les parois étaient écartées dans tous les sens; ramollissement blanc et pulpeux du septum médian et du trigone cérébral, d'où était résultée une perforation qui faisait communiquer les deux ventricules. Ce ramollissement s'étendait aux couches les plus superficielles des corps optiques et striés; la substance du cerveau était en outre pénétrée de liquide et comme œdémateuse, ce qui lui donnait une mollesse remarquable; le cervelet était encore plus mou et en quelque sorte plus lavé et plus décoloré que le cerveau; on n'apercevait aucune ponctuation rouge dans son épaisseur. — *Rachis.* Entre le feuillet interne de l'arachnoïde spinale et la pie-mère, au-dessous du tronc occipital, il y avait sept à huit cuillerées d'un liquide transparent environnant l'origine de la moelle épinière; ce liquide paraissait être en communication avec celui qui était contenu dans les ventricules cérébraux; car la pression exercée sur ces mêmes ven-

en faisait refluer une certaine quantité dans le ıchidien; au milieu de la région dorsale et à la fin oelle épinière on trouvait encore une quantité no- e sérosité transparente située pareillement entre ıoïde et la pie-mère; du reste, à part un peu d'o- ȷue présentait la première de ces membranes, les es vertébrales ne paraissaient pas sensiblement ; la moelle épinière avait une consistance na- Dans le thorax, tout était sain. Dans l'abdomen, ɔrane muqueuse de l'estomac était grisâtre et un le à sa surface; quelques anses d'intestin grêle, nt dans le petit bassin, étaient fortement injec- gros intestin contenait une matière poisseuse, , porracée, au milieu de laquelle se trouvaient ɔarides lombricoïdes. La matrice avait un petit

VI.° — Un jeune homme âgé de 18 ans, bien é, fut apporté à l'Hôtel-Dieu le 13 septembre ıors d'état de fournir lui-même aucun renseigne- l était privé de toute connaissance, avait l'air et hébêté, ne répondait à aucune question; les ıient demi-clos, les pupilles très-larges et immo- ; traits calmes, la respiration douce et tranquille; ıe présentait point de coloration, le pouls de fré- et la peau de chaleur contre-nature; il n'y avait ː rigidité dans aucune région musculaire; les s étaient au contraire souples et comme privés ement. On apprit des parens que ce jeune homme lade depuis quinze jours; qu'il s'était plaint d'un nal de tête, et avait éprouvé plus tard un peu de (*Vésicatoire sur le cuir chevelu; sinap. aux*
Le 13, mouvemens convulsifs de courte durée, une résolution générale; respiration stertoreuse; une fréquence incommensurable; énorme dila- ıs pupilles; mort à dix heures du matin.

Ouverture du cadavre au bout de vingt-quatre heures. — Peu de traces d'amaigrissement ; faible rigidité cadavérique. — *Tête.* Méninges tendues sur les circonvolutions cérébrales, qui étaient uniformément aplaties ; arachnoïde sèche au toucher, parcourue par de nombreux vaisseaux sanguins subjacens ; cerveau ballottant ; ventricules latéraux distendus, et remplis par une grande quantité de liquide opalin ; leurs parois tomenteuses sous un filet d'eau ; la cloison interventriculaire et le trigone cérébral s'en allant en déliquium et d'un blanc pâle ; la pie-mère recouverte de concrétions pseudo-membraneuses autour du carré des nerfs optiques ; aucune altération dans les viscères thorachiques et abdominaux.

Obs. VII.[e] — Un journalier, âgé de 19 ans, fut reçu à l'Hôtel-Dieu le 9 avril 1825. Il paraissait avoir souffert depuis long-temps : son ventre était cave, sa face pâle et décharnée, sa peau sèche et rugueuse au toucher ; il mettait tant d'incertitude dans ses réponses, qu'il fut impossible d'en obtenir aucun renseignement précis ; on l'aurait dit complètement idiot ; il ne demandait rien, ne proférait aucune plainte, n'accusait aucune douleur ; mais souffrait avec impatience les recherches faites sur sa personne ; la langue était bordée en rouge, la respiration naturelle, le pouls calme. (*Eau de gomme ; lavement ; diète.*) Les deux jours suivans se passent dans le même état ; on remarque seulement que le malade est plus taciturne, plus hébété, et s'assoupit facilement. Le 3.[e] jour, raideur du cou et du tronc ; demi-coma ; paupières tombantes ; pupilles larges et faiblement contractiles ; avant-bras demi-fléchis et raides à l'extension ; membres inférieurs dans un état de résolution paralytique, encore sensibles au pincement ; pouls égal, régulier, plus lent que dans l'état naturel ; point de chaleur fébrile. (*Sinap. aux pieds.*) Le 4.[e] jour, même état comateux, même rigidité dans le

cou, le tronc et les avant-bras; pouls à 70 pulsations par minute. (*Application de glace sur la tête d'heure en heure* ℔ij, *calomel gr.* ij.) Le 5.ᵉ jour, insensibilié générale; sueurs visqueuses; rougeur des conjonctives; fréquence et petitesse du pouls; dilatation des pupilles plus considérable à droite qu'à gauche; rigidité tétanique de tout le tronc; mort le 6.ᵉ jour au matin.

Ouverture du cadavre au bout de vingt-quatre heures. — Amaigrissement considérable; faible raideur cadavérique. — *Tété.* Dure-mère appliquée immédiatement sur le cerveau et dans un état de tension; méninges sèches, rouges et comme ecchymosées à la convexité des hémisphères, recouvertes à leur base d'une exsudation plastique blanchâtre qui s'insinuait entre les scissures de Sylvius, et parcourait plusieurs circonvolutions adjacentes; circonvolutions aplaties, rapprochées les unes des autres, et colorées en rouge à leur superficie; ventricules latéraux contenant chacun quatre onces environ de sérosité demi transparente; septum médian ramolli et détruit vers sa partie inférieure; le reste de cette cloison tombant en déliquium. Ce ramollissement était coloré par une foule de points rouges et noirs qui suivaient la direction du corps calleux à l'endroit où il donne insertion à la cloison interventriculaire et au trigone cérébral; cervelet dans l'état naturel; moelle épinière présentant une couleur jaune tendre approchant de la couleur noisette, dans l'étendue de sept à huit pouces au niveau des régions cervicale et dorsale; sa substance ressemblait à de la colle, et venait faire saillie à travers les incisions pratiquées à sa membrane propre; supérieurement et inférieurement, elle avait une consistance approchant de l'état naturel. Viscères pectoraux sains. Membrane muqueuse gastrique, rembrunie, plissée, d'une faible consistance; intestins grêles très-rouges à leur partie inférieure, et dans l'éton-

due de quatre pieds ; trois plaques noirâtres et boursouflées sur la valvule cœcale ; grand nombre de follicules gonflés dans le colon, et marqués d'un point noir à leur centre.

Obs. VIII.ᵉ — Un piémontais âgé de 18 ans, d'un tempérament sanguin, d'une forte constitution, admis à l'Hôtel-Dieu le 9 juin 1827, se disait malade depuis huit jours; il ne pouvait fournir aucun détail précis sur le début de sa maladie et les circonstances qui l'avaient précédées ; il avait l'air embarrassé dans ses réponses, comme un homme ivre qui manque de mémoire; il se plaignait vaguement de souffrir dans tout le corps; la peau était chaude et sèche, la langue humide et recouverte en totalité d'un mucus blanchâtre; le pouls avait une certaine fréquence. Aucun diagnostic n'est porté. Le lendemain, les mêmes symptômes existaient, le malade accusait en outre de fortes douleurs dans les membres inférieurs, douleurs qui augmentaient par la pression des parties, quoiqu'elles ne présentassent extérieurement rien de contre-nature. Même incertitude dans le diagnostic. Le 3.ᵉ jour au matin, rien de nouveau; mais pendant la journée, le malade quitte son lit et se promène dans la salle en divaguant, on est obligé de lui passer la chemise de force. Le 4.ᵉ jour, nous le trouvons plongé dans un état de stupeur et de concentration dont rien ne peut le tirer; étranger à tout ce qui l'environne, il a le regard fixe et stupide, garde invariablement la même position, et supporte toutes sortes d'excitations sans dire le moindre mot, sans proférer la moindre plainte; on ne peut obtenir qu'il sorte la langue; cependant la respiration est calme, la peau n'annonce aucune excitation fébrile, le pouls est lent et peu développé. Cet état de calme apparent, dans la circulation et la calorification, semble contr'indiquer toute émission sanguine; on continue à tenir

le malade à l'usage d'une simple tisane. Le 5.ᵉ jour, même état; mais fréquence du pouls, rougeur des conjonctives, accumulation de l'urine dans la vessie qui rend le catéthérisme nécessaire, langue sèche et râpeuse au toucher. (*Saignée du pied, quinze sangsues aux tempes.*) Le 6.ᵉ jour, retour momentané de la connaissance, céphalalgie accusée par le malade, raideur de la région cervicale, gêne de la déglutition, pupilles étroites, yeux larmoyans et chassieux, langue rouge et sèche. Le 7.ᵉ jour, coma profond, respiration stertoreuse et précipitée, abolition de la motilité et de la sensibilité, sueurs ruisselant en grosses gouttes, pouls insensible, mort à huit heures du matin.

Ouverture du cadavre vingt-trois heures après la mort. — Forte rigidité cadavérique. *Tête.* — Péricrâne fournissant beaucoup de sang à la section; dure-mère de couleur violacée; méninges parcourues par un grand nombre de vaisseaux formant une injection fine qui appartenait en propre à la pie-mère; opacités linéaires indiquant un commencement de suppuration dans ces membranes, et situées entre les scissures de Sylvius, à la partie inférieure et en dehors du troisième ventricule; aplatissement uniforme des circonvolutions du cerveau, dont la substance était dans un état de relaxation et s'étendait comme une pâte molle; de nombreux points rouges se remarquaient dans son épaisseur. Ventricules latéraux dilatés et contenant chacun trois à quatre onces de sérosité trouble, dans laquelle on voyait nager des floccons membraniformes; de gros vaisseaux rouges, qu'on ne trouve point dans l'état naturel, rampaient à la surface de ces ventricules et dans les plexus choroïdes. La cloison et le trigone cérébral étaient tellement ramollis, qu'il nous a été impossible de conserver la forme de ces parties; ce ramollissement était entièrement blanc. Un filet d'eau versé sur les

couches optiques et les corps striés en détachait une foule de filamens appartenant à la couche superficielle de leur substance; le cervelet était plus ferme et moins sablé de points rouges que le cerveau. La moelle épinière et ses membranes n'offraient aucune altération; les autres organes étaient sains, à l'exception de la membrane muqueuse de l'estomac, qui présentait çà et là une couleur ardoisée et une surface mamelonnée entremêlée de ponctuations rouges.

Obs. IX.e — Le 29 janvier 1826, on conduisit à l'Hôtel-Dieu un jeune homme de 16 ans, pâle et un peu maigre, sans laisser aucun renseignement sur son compte. Il était plongé dans un coma profond avec perte totale de connaissance; il poussait quelques cris confus lorsqu'on cherchait à redresser la tête, qui était raide sur le cou et renversée en arrière; les avant-bras étaient demi-fléchis et contractés dans cette position, la face portait l'empreinte de la stupeur, les pupilles offraient une dilatation telle, que le petit cercle de l'iris atteignait la circonférence de la cornée; la langue était emprisonnée dans la bouche par le resserrement des mâchoires, le ventre affaissé, le pouls petit, très-fréquent. Ce malade a succombé la nuit suivante.

Ouverture du cadavre douze heures après la mort. — Traces récentes d'une saignée sur la saphène droite; membres supérieurs dans l'extension et raides dans cette position. — *Tête.* Os du crâne minces et faciles à rompre; arachnoïde lisse et sèche; pie-mère parcourue par un nombre considérable de vaisseaux rameux et d'un rouge vif, présentant des trainées de fausse membrane à la base du crâne, le long des nerfs olfactifs, au voisinage de l'infundibulum, et surtout entre les scissures de Sylvius; circonvolutions aplaties, leurs contours effacés par suite de leur rapprochement; substance cérébrale

sablée de points rouges; ventricules considérablement distendus par de la sérosité entièrement transparente, n'offrant aucune trace de ramollissement sur leurs parois, non plus que la cloison qui les sépare et le trigone cérébral; mais la membrane qui tapisse les ventricules latéraux était des plus apparente, on pouvait la soulever par lambeaux très-larges avec le manche du scalpel, elle était épaissie, opaque et subjacente à de gros vaisseaux rouges. Aucune lésion dans les autres organes.

Revenons sur nos pas, résumons en peu de mots les caractères communs aux six observations précédentes et les caractères propres à chacune d'elles, tant sous le rapport des lésions que sous celui des symptômes. Nous examinerons ensuite les résultats du traitement.

Les lésions ont présenté, dans tous ces cas, la plus grande conformité; telles sont, en particulier, l'épanchement dans les ventricules, le ramollissement de leurs parois, celui de la cloison interventriculaire; enfin, les traces de méningite existant spécialement à la base du cerveau. 1.° L'épanchement était, en général, abondant, commun à tous les ventricules cérébraux, mais en particulier aux latéraux, formé par un liquide de couleur opaline ou lactescente, tenant quelquefois en suspension des flocons pseudo-membraneux (*Obs.* VIII.e) qu'on aurait dit être des débris de substance cérébrale ramollie. A cet épanchement se rapportent, comme effets mécaniques, l'élargissement des ventricules, et par suite, le refoulement excentrique de la masse cérébrale, l'aplatissement des circonvolutions contre les parois du crâne, leur étroite application contre les méninges, et probablement la sécheresse de l'arachnoïde; comme effets pathologiques, un certain nombre de phénomènes dont nous parlerons bientôt, phénomènes dépendans de la compression éprouvée par le cerveau. 2.° Le ramollisse-

ment des parois ventriculaires était borné à la couche intérieure la plus superficielle de ces parois; celui de la cloison occupait, non-seulement toute cette cloison, mais encore le trigone cérébral; dans plusieurs cas, il était porté jusqu'à la destruction de ces parties (*Obs.* IV.ᵉ, V.ᵉ, VIII.ᵉ), d'où résultait une communication contre-nature entre les ventricules. Toujours d'un blanc pâle ou d'un blanc laiteux, à l'exception d'un seul cas, dans lequel des points rouges nombreux existaient au centre de l'altération (*Obs.* VII.ᵉ), ces ramollissemens ne paraissaient être qu'un degré plus avancé de l'état d'œdème et de mollesse que présentait généralement toute la masse du cerveau, que le résultat d'une sorte d'imprégnation de fluides séreux, et non d'un mélange de pus avec la substance cérébrale. On conçoit, en effet que cette altération ait été plus prononcée dans une partie mince comme la cloison, flottante pour ainsi dire au milieu de l'épanchement des ventricules, contenant elle-même une petite cavité dans laquelle du fluide s'est probablement amassé comme dans celle des autres sinus cérébraux, que de là soit enfin résulté une destruction de ses fragiles parois.
3.° La méningite n'était bien dessinée qu'à la base du cerveau; à la convexité, elle ne consistait qu'en une injection variable et plus ou moins étendue des vaisseaux de la pie-mère, tandis qu'à la base elle était constituée par un dépôt partiel de fausses membranes situées, en général, dans les sillons et les anfractuosités où se ramassent les vaisseaux de la pie-mère avant de pénétrer dans la substance cérébrale. La prédominance de cette inflammation à la base tient sans doute à ce que les ventricules, dans lesquels la maladie paraît débuter, sont en communication directe avec les méninges qui recouvrent la face inférieure du cerveau, par le moyen des plexus choroïdes et de la toile choroïdienne. Du reste, les traces non équi-

voques de cette inflammation portent à penser que les lésions co-existantes dans les ventricules se sont opérées sous l'influence du même mouvement morbide.

Les symptômes ont également offert une grande ressemblance dans tous ces cas; nous noterons en particulier cette violente céphalalgie qui a marqué l'invasion de la maladie dans les deux premiers cas, et n'a point été observée dans les autres, parce que les malades étaient incapables de fournir aucun renseignement à cet égard, alors que toutes leurs facultés de rapport semblaient anéanties; cette lenteur remarquable dans le pouls, contrastant avec son accélération démesurée aux approches de la mort; cette absence de phénomènes fébriles au début, en opposition apparente avec les effets probables d'une phlegmasie aiguë occupant le foyer de l'innervation, le centre des sympathies; cette dilatation et cette insensibilité des pupilles portées à leur plus haut degré dans la dernière période de la maladie; cette contracture des avant-bras; cette roideur du cou et même du tronc, imitant parfois la rigidité tétanique; nous noterons, enfin, cette expression de stupidité de la face en rapport avec l'affaissement et la dégradation des facultés intellectuelles; cette résolution paralytique des membres, suivie bientôt d'un coma complèt et d'un collapsus général. Mais à côté de ces grands points de contact, on trouve de notables différences qui rendent nécessaires quelques explications concernant plusieurs de ces observations.

Dans la première (*Obs.* IVe), il est question d'une hémiplégie passagère survenue dans les derniers temps de la maladie, hémiplégie qui s'est emparée du côté gauche du corps, et a cessé au moment où elle paraissait irrévocablement établie. Comment se rendre compte de ce fait remarquable? Nous avons dit que, dans ce cas, la cloison qui sépare les ventricules latéraux, ramollie et

36..

détruite, permettait une libre communication de l'une à l'autre de ces cavités, et que, pendant tout le temps que l'hémiplégie avait persisté, la tête du malade était tournée et reposait sur la tempe droite; or, l'on conçoit comment, dans cette position, le liquide contenu dans les ventricules a dû se porter en abondance du même côté, déterminer une compression forte et permanente sur l'hémisphère droit du cerveau, et consécutivement une paralysie du côté gauche du corps; comment, ensuite, la tête ayant changé de position et reposant directement sur l'occiput, cette paralysie a cessé, ou plutôt s'est répartie à degré égal sur chaque moitié du corps, à mesure que le liquide a reflué en égale quantité dans chaque ventricule; cette explication nous paraît naturelle.

Dans la deuxième (*Obs.* V.e), outre une violente céphalalgie, on remarque une douleur non moins aiguë répandue dans tout le trajet de la colonne vertébrale, et accompagnée de trémoussemens dans le tronc, d'élancemens et de secousses convulsives dans les membres inférieurs; ces phénomènes paraissent se rattacher à la coexistence d'une inflammation des méninges vertébrales, inflammation dénotée, dans ce cas, par l'opacité de l'arachnoïde spinale et l'abondance du liquide céphalo-rachidien.

Dans la quatrième (*Obs.* VII.e), c'est la substance même de la moelle épinière qui participait à l'inflammation cérébrale; elle était ramollie dans une grande étendue, et les symptômes de cette profonde lésion, confondus avec ceux qui avaient leur point de départ dans le cerveau, n'ont présenté rien autre de spécial qu'une rigidité extrême de tout le tronc.

La cinquième, enfin (*Obs.* VIII.e), fait exception au milieu de toutes les autres, par la marche rapide qu'a suivie la maladie, dont toutes les périodes se sont, pour

ainsi dire, confondues; mais dans ce cas, il y avait, en quelque sorte, une inflammation plus sanguine et moins lymphatique que dans les précédens, le cerveau était sablé de points rouges, les méninges et les tégumens du crâne contenaient beaucoup de sang, ce qui explique sans doute la prompte léthalité de cette affection. Il est à noter encore que, dans le même cas, les pupilles ont été resserrées jusqu'à la fin de la vie, quoiqu'il existât un épanchement considérable dans les ventricules cérébraux.

L'insuffisance du traitement opposé à une maladie aussi grave se fait sentir dans la plupart de ces observations. Nous rappellerons que c'est cet état de calme trompeur, dans la circulation et la calorification propres aux premières périodes de l'hydrocéphale aiguë, qui, dans l'observation huitième, a fait différer des émissions sanguines jugées plus tard nécessaires, et motivées évidemment par la nature des lésions trouvées à l'ouverture du cadavre; ces émissions sanguines ont, en effet, produit çà et là quelque amendement assez notable (*Obs.* IV.ᵉ), mais l'usage du calomel à l'intérieur et des frictions mercurielles n'a pas été suivi du moindre soulagement (*Obs.* V.ᵉ). Les applications de glace sur la tête ont paru augmenter la congestion céphalique et favoriser l'assoupissement (*Obs.* IV.ᵉ et V.ᵉ). Nous ne serions même pas éloigné de croire que l'érysipèle phlegmoneux du cuir chevelu, indiqué dans l'observation quatrième, a été le résultat des alternatives de sédation et d'excitation produites sur cette partie par l'emploi intermittent et répété de ce moyen. Les répercussifs, en général, ne nous semblent convenables qu'autant qu'il s'agit de détourner un mouvement fluxionnaire faible ou commençant; mais une fois que la phlogose est établie, et lorsqu'elle occupe un siége profond, comme dans les inflammations cérébrales; l'astriction des capillaires extérieurs, produite par le

froid, a le grand inconvénient (outre les effets de la réaction dont elle est suivie) de déterminer un afflux plus considérable de liquides dans les vaisseaux profonds, là où existe un stimulus permanent qui les empêche d'être chassés plus loin; aussi avons nous observé que l'assoupissement et le coma augmentaient ordinairement après chaque application de glace sur la tête. Quoique l'emploi de ce moyen nous paraisse intempestif, nous ne pensons pas toutefois que le salut des malades en ait dépendu; car le mal dont ils étaient atteints est malheureusement presque toujours supérieur au remède le mieux ordonné et le plus convenable.

III.e *Section. — Hydrocéphales aiguës avec épanchement très-médiocre dans les ventricules du cerveau, et méningite très-étendue, principalement à la base de cet organe.*

Obs. X.e — Un domestique âgé de 18 ans, bien conformé, un peu pâle, fut apporté à l'Hôtel-Dieu le 12 juin 1825. Une note écrite par le médecin qui le soignait en ville indiquait que ce jeune homme était tombé malade depuis six jours; que l'invasion avait été marquée par une violente céphalalgie, à laquelle avaient succédé des vomissemens bilieux répétés chaque jour; que le pouls n'avait jamais présenté de fréquence, ni la peau de chaleur contre-nature; qu'enfin, le dernier jour il était survenu un peu de délire. Le traitement avait consisté dans l'administration de deux onces de manne qui avaient été rendues par le vomissement, et dans l'application d'un vésicatoire au bras. Voici quel était son état : face idiote, sillonnée par deux rides profondes qui avoisinent la lèvre supérieure; réponses embarrassées et discordantes; douleur de tête indiquée par le malade, mais seulement quand on lui en fait la demande; pupilles de dimensions ordi-

naires et contractiles ; langue blanche, humide; pouls faible à 60 pulsations par minute; température naturelle de la peau. (12 *sangsues derrière les oreilles; sinap. aux pieds.*) Le 13, réponses un peu moins embarrassées que la veille ; face rechignée : regard fixe; pouls lent; roideur de la région cervicale qui est douloureuse au mouvement; point de rigidité aux avant-bras. (18 *sangsues aux tempes ; vésicatoires aux jambes; compresses trempées dans l'oxicrat et appliquées sur le front ; lavement huileux.*) Le 14, taciturnité, assoupissement; par momens les yeux s'ouvrent, se tournent d'un côté et d'autre, mais sans rien fixer; mouvement automatique des mains pour saisir les couvertures et les rapprocher de la tête; pouls à 67 pulsations par minute ; une selle. (*Vésicatoire sur le cuir chevelu.*) Le 16, conjonctives rouges ; pupilles plutôt resserrées que dilatées; mouvemens continuels des doigts de la main droite; tantôt le malade les porte à la bouche ou à l'entrée des narines comme pour les nettoyer, tantôt il les fait glisser les uns sur les autres, ou bien les étend et les fléchit alternativement; le pouls a pris une certaine fréquence. Le 16, abolition des facultés intellectuelles; résolution des membres; excrétion involontaire des urines; bouche entr'ouverte; dents sèches; yeux larmoyans et chassieux. Le 17, changement assez remarquable; le malade recouvre la connaissance à un certain degré; il répond à quelques questions, tire la langue quand on lui en fait la demande; mais le pouls a pris une fréquence démesurée; les membres sont dans une résolution complète; il succombe à midi.

Ouverture du cadavre le 18 au matin. — A l'extérieur rien à noter. — *Tête.* Faible adhérence de la dure-mère aux os du crâne; arachnoïde sèche au toucher, intimement collée à la pie-mère, et se déchirant avec la plus grande facilité ; pie-mère fortement injectée dans

toute son étendue et comme ecchymosée en certains points, mais ne présentant nulle part de dépôts pseudo-membraneux à sa surface; circonvolutions non aplaties; substance cérébrale sablée de points rouges, offrant d'ailleurs une bonne consistance; épanchement de deux cuillerées seulement de sérosité un peu trouble dans les ventricules latéraux; mais la cloison et le trigone cérébral étaient le siége d'un ramollissement blanc et diffluent, comme si ces parties eussent macéré dans l'eau pendant long-temps; du reste, le cervelet, la moelle épinière et ses membranes étaient dans l'état naturel; il n'existait pareillement aucune lésion dans les organes pectoraux et abdominaux.

Obs. XI.e — Un brossier, âgé de 31 ans, un peu maigre, d'un teint pâle et blafard, sujet depuis quelque temps à de la toux et à des crachemens de sang, fut admis à l'Hôtel Dieu le 2 juin 1825, ayant éprouvé depuis onze jours, d'après le rapport de ses parens, un grand mal de tête avec des envies de vomir, plus tard du dérangement dans les idées, suivi d'une lourdeur et d'une apathie générale. Nous le trouvâmes comme hébété, ouvrant les yeux stupidement sans rien fixer, taciturne au point de ne répondre à aucune question, supportant cependant nos demandes et nos recherches avec impatience; il n'accusait aucune douleur, et semblait plongé dans l'engourdissement le plus profond; les pupilles avaient des dimensions ordinaires; la langue était humide, la température de la peau naturelle, et le pouls plutôt lent que fréquent. Les jours suivans, peu de changemens dans cet état, mêmes indices de stupidité dans le regard, l'ensemble des traits et la manière dont le malade répond aux questions qu'on lui adresse; parfois il semble sortir de cet espèce d'engourdissement; il montre la langue quand on lui en fait la demande, et parait se mettre en rapport

avec celui qui l'interroge; mais ces momens de lucidité sont de courte durée. Pendant la nuit, il éprouve quelques hallucinations et un délire passager, mais sans agitation; d'ailleurs on n'observe point de contracture aux avant-bras, point de rigidité dans la région cervicale; la circulation est toujours calme. Quarante sangsues sont appliquées par deux fois différentes à la base du crâne, le malade paraît en retirer quelque soulagement; il semble revenir à lui, être plus éveillé et plus dispos à répondre; mais le 8.e jour on a recours à la glace, dont une livre est appliquée sur la tête; depuis lors, affaissement général, coma, abolition des facultés intellectuelles et de celles de rapport; langue sèche, encroûtée; respiration embarrassée. (*Vésicatoires aux cuisses.*) Le 10.e jour, dilatation remarquable des pupilles, surtout de la gauche; chute par paralysie de la paupière du même côté; pouls fréquent; respiration bruyante; mort comme dans l'asphyxie le 11.e jour depuis l'entrée du malade à l'hôpital.

Ouverture du cadavre au bout de vingt-quatre heures. —*Tête.* Injection foncée de la pie-mère qui recouvre la convexité des hémisphères cérébraux, et surtout leurs parties latérales; rougeur par ponctuations fines à la superficie des circonvolutions, rougeur qui ne disparaît point par le lavage; inflammation plastique de cette portion des méninges qui tapisse le carré des nerfs optiques, la face inférieure du troisième ventricule, le fonds des scissures de Sylvius, le contour de la protubérance annullaire et la moitié antérieure de la circonférence du cervelet; dans tous ces points on voyait des fausses membranes épaisses, blanchâtres, opaques, qui suivaient principalement la direction des vaisseaux, et s'enfonçaient avec la pie-mère dans l'intervalle des circonvolutions; ces fausses membranes étaient déposées dans le tissu même de la pie-mère, et

non à la surface de l'arachnoïde. Les ventricules cérébraux ne contenaient entre eux pas au-delà d'une cuillerée à bouche de sérosité transparente; mais la cloison et le trigone cérébral offraient un véritable ramollissement blanc et presque diffluent de leur substance; le reste du cerveau avait une consistance naturelle. — *Poitrine.* Le sommet des poumons contenait un certain nombre de tubercules à l'état cru; leur partie postérieure offrait beaucoup d'engouement. — *Abdomen.* La membrane muqueuse de l'estomac présentait çà et là une couleur ardoisée avec des espèces de vergetures noirâtres, dans le fond desquelles cette membrane était amincie; rien de contre-nature dans les intestins et autres viscères.

Obs. XII.e — Une jeune fille âgée de 17 ans, d'un tempérament lymphatique, fut apportée à l'Hôtel Dieu le 13 juillet 1826, ayant éprouvé, depuis trois semaines, de fortes douleurs de tête et quelques vomissemens bilieux; on ne l'avait soumise à aucun traitement; elle était dans l'état suivant : réponses lentes et incertaines; assoupissement duquel on ne retire la malade qu'en l'excitant vivement; alors elle pousse des cris aigus et perçans, sans accuser aucune douleur particulière; raideur cervicale très-forte; faiblesse des mouvemens plus marquée dans le côté gauche du corps que dans le côté droit; persistance de la sensibilité; point de déviations aux commissures buccales; pupilles de largeur moyenne et dans un état continuel d'oscillation; langue humide et blanche; respiration tranquille; pouls petit, faible, irrégulier, intermittent à 55 pulsations par minute; température naturelle de la peau. (20 *sangsues derrière les oreilles.*) Le 14, peu de changemens; mêmes caractères du pouls; raideur du cou portée jusqu'à la rigidité tétanique : constipation. (*Tamarin émétisé; calomel gr.* vj, *en trois doses; lavement laxatif.*) Pendant la nuit, cris aigus in-

terrompus par de courts momens de sommeil; plusieurs selles liquides verdâtres. Le 15, assoupissement comateux; pupilles dilatées, la droite plus que la gauche; membres dans un état apparent de résolution, mais sensibles au pincement; ceux du côté gauche se meuvent toujours avec moins de force que ceux du côté droit: pouls à 60 pulsations par minute, encore petit, inégal et parfois intermittent. (20 *sangsues à la base du crâne; calomel gr.* viij*; vésicatoire à chaque cuisse.*) Le 16, très-mal; coma presque complet; conjonctives rougeâtres; clôture et agglutination des paupières par une chassie épaisse; large dilatation et immobilité des pupilles; résolution paralytique des membres, mais de telle sorte que le pincement réveille encore en eux quelques mouvemens; fréquence du pouls qui est devenu régulier et s'élève à 100 pulsations par minute; plusieurs évacuations alvines. (*Vésicatoire à la nuque.*) Le 17, coma stertoreux; écume abondante à la bouche; action de fumer la pipe; pouls insensible; mort la nuit suivante.

Ouverture du cadavre le 19. — Peu d'amaigrissement. — *Tête.* Pie-mère fort injectée, colorant en rouge la surface des circonvolutions, présentant dans la largeur d'une pièce de cinq francs une tache noirâtre comme une ecchymose qui correspondait à la face externe de l'hémisphère droit, offrant en outre à la base du cerveau des concrétions pseudo-membraneuses épaisses qui recouvraient le carré des nerfs optiques, l'intervalle que laissent entre eux les pédoncules antérieurs du cerveau, et se prolongeaient dans le fond des scissures de Sylvius. Ces traces d'inflammation étaient plus marquées à droite qu'à gauche. D'ailleurs, la substance cérébrale était sablée de points rouges; les ventricules contenaient une quantité médiocre de sérosité transparente; il n'y avait aucune trace de ramollissement ni dans le septum luci-

dum, ni dans le trigone cérébral, ni dans aucun point du cerveau; la moelle épinière et ses membranes étaient dans l'état naturel. Les poumons contenaient des myriades de granulations tuberculeuses dures et d'un gris jaunâtre, placées au milieu d'un tissu pulmonaire parfaitement sain; la membrane muqueuse digestive ne présentait aucune altération; le gros intestin contenait des matières fécales liquides d'un vert porracé.

Les trois observations qu'on vient de lire appartiennent, sous le rapport des caractères anatomiques de la maladie, plutôt à la méningite simple qu'à l'hydrocéphale aiguë; car l'épanchement des ventricules cérébraux s'est trouvé tellement médiocre, que cette lésion ne peut être mise en parallèle avec celle que présentait la pie-mère, savoir, la rougeur intense de son réseau vasculaire à la convexité et la formation de fausses membranes à la base du cerveau. Toutefois, les symptômes ont offert assez de ressemblance avec ceux que nous avons observés dans les cas où cet épanchement était extrêmement abondant. De part et d'autre en effet, même mode d'invasion (céphalalgie et le plus souvent vomissemens symphatiques au début), même influence sur la circulation (pouls lent, faible, parfois inégal, et ne devenant fréquent qu'aux approches de la mort), même altération dans les facultés intellectuelles (incertitude, embarras dans les réponses, expression de stupidité de la face), mêmes troubles dans le système locomoteur (rigidité du cou et des avant-bras, plus tard, faiblesse et paralysie des mouvemens), enfin, même marche des symptômes, c'est-à-dire que les malades ont été conduits à la mort par une sorte d'affaiblissement successif, et bientôt une abolition complète des fonctions auxquelles préside le cerveau. De cette comparaison, il résulte que l'amas de liquide dans les cavités du cerveau n'est pas la seule lésion anatomique à laquelle se ratta-

chent les symptômes de l'hydrocéphale aiguë, puisque, avec une méningite de la base, ces symptômes peuvent se montrer à-peu-près sous la même forme, quoique les ventricules contiennent très-peu de liquide. Nous dirons toutefois que les parois de ces cavités n'étaient pas entièrement étrangères à l'inflammation des méninges, car, dans deux de ces cas, la cloison et le trigone cérébral offraient un ramollissement diffluent de leur substance (*Observ.* X.ᵉ, XI.ᵉ) Nous ajouterons que les pupilles n'ont présenté cette immense dilatation qui semble appartenir à l'épanchement des ventricules, que tout-à-fait dans la dernière période de la maladie, et même dans un cas (*Observ.* X.ᵉ), elles ont conservé leurs dimensions naturelles jusqu'à la mort.

(*La suite au prochain Numéro.*)

Mémoire sur une épidémie d'angine couenneuse scarlatineuse; par M. Trousseau, *docteur et agrégé de la Faculté de Médecine de Paris.*

J'appris à au mois de septembre dernier, qu'il régnait du côté de Mennecy, département de Seine-et-Oise, une épidémie d'angines couenneuses, qui avaient été peu meurtrières, et qui avaient été traitées par les émissions sanguines ou par des purgatifs. On mêlait les dénominations d'angine couenneuse, de diphthérite, de mal de gorge membraneux, d'esquinancie gangréneuse. J'eus à cœur de savoir à quoi m'en tenir, et je résolus d'aller moi-même sur les lieux. Il me paraissait extraordinaire, en effet, que la diphthérite fut peu meurtrière, quelque traitement qu'on lui opposât. Et sachant par expérience combien sont inutiles les saignées et les dérivatifs sous

quelque forme qu'on les administre; sachant d'ailleurs quelle est l'insouciance des habitans des campagnes, et quelle lenteur ils mettent à appeler des secours, j'avais d'avance la conviction que l'on m'avait fait un rapport inexact, ou que la mortalité avait été plus grande qu'on ne l'avait dit. Je proposai donc à mon ami, M. le docteur Harel, de venir avec moi à Mennecy, pour prendre, relativement à l'épidémie, des informations aussi complètes que possible. Nous partîmes, en effet, et nous fûmes accueillis dans la terre de Villeroy, par M. le comte Friant à qui nous avions été particulièrement recommandés.

Là, nous apprîmes que la maladie s'était peu montrée à Mennecy même; mais qu'elle avait sévi sur près de 200 habitans du village d'Echarcon situé à une demi-lieue nord-ouest de Mennecy; et que presque toutes les personnes du château de Villeroy, qui est entre ces deux bourgs, avaient été elles-mêmes atteintes.

L'épidémie n'avait fait aucune victime à Mennecy ni à Villeroy; et, à Écharcon, il n'était mort qu'une femme en couche de son neuvième enfant; encore ne pouvait-on dire si l'affection épidémique avait été la cause de la mort.

Nous prîmes des informations auprès de quelques habitans de Mennecy et d'Écharcon, et nous interrogeâmes toutes les personnes du château de Villeroy. Ces témoins divers ayant tous déposé dans le même sens, nous nous contenterons de donner un aperçu de l'épidémie de Villeroy. Par-là, nous éviterons des longueurs inutiles, et nous aurons d'ailleurs l'avantage de faire une énumération complète, ce à quoi il eut été impossible de parvenir pour Écharcon et pour Mennecy.

Le château de Villeroy est assis sur le plateau du côteau méridional de la vallée de l'Essonne; il domine cette

vallée, et est abrité par le parc contre les vents du sud et du sud-ouest. Le terrain est sec, et l'eau est amenée dans la maison de maître et dans les communs par un aqueduc *bâti* à grands frais par les anciens ducs de Villeroy. Les bâtimens sont solidement construits; nulle part on ne voit de traces d'humidité. Au fond de la vallée, il y a quelques tourbières, d'où s'élèvent souvent d'épais brouillards qui ne montent jamais jusqu'au sommet du côteau; de sorte que la position du château semble être aussi salubre que possible. La santé de ceux qui l'habitent est généralement fort bonne, et même les fièvres intermittentes, si communes dans les campagnes, ne s'y observent que très-rarement.

La maison de maître va du nord au sud; de l'autre côté d'une vaste cour, est celle du régisseur, bâtie sur le même modèle; et plus bas, auprès de la grille d'entrée, sont deux pavillons en pierres de taille, fort élégamment construits, habités par le jardinier et sa famille.

Il y avait à Villeroy, lorsque l'épidémie s'y déclara, 25 personnes, savoir : 1.° Dans le bâtiment des maîtres, M. le comte et M.me la comtesse F.***, la mère et 2 tantes de M.me F.***, 2 demoiselles de 17 à 19 ans, 2 enfans de M. F.***, savoir, 1 garçon de 7 ans et 1 fille de 2 ans et demi; 5 domestiques, savoir : le valet-de-chambre et sa femme qui est cuisinière, 1 femme-de-chambre, 1 cocher, 1 femme de journée et la bonne d'enfans. Total. 15. 2.° Chez le régisseur : M. Serré, régisseur, sa femme, âgés de 40 ans, 2 garçons, l'un de 16 ans, l'autre de 8, une domestique de 28 ans. Total. 5. 3.° Dans les pavillons d'entrée : Prévost, jardinier, âgé de 32 ans, sa femme, âgée de 28 ans, 2 filles, l'une de 5 ans, l'autre de 3, enfin, 1 jeune garçon de 2 ans. Total. 5. Total général. 25.

La maladie ayant commencé chez le régisseur, nous ferons d'abord connaître les renseignemens recueillis auprès de sa femme.

Famille de M. Serré, régisseur de la terre de Villeroy.—Cinq personnes dans la famille, M. et M.me Serré, deux garçons, une domestique.

M. Serré, dans sa jeunesse, a eu la petite vérole; il ne sait s'il a eu la scarlatine ou la rougeole.

M.me Serré a éprouvé, à l'âge de 12 ans, une fièvre éruptive, avec toux, coryza, ophthalmie : il y eut délire; elle ignore si cette maladie s'accompagna d'angine.

L'aîné des enfans a eu, il y a six ans, une fièvre éruptive avec desquammation farineuse. Le plus jeune n'a jamais eu ni la rougeole ni la scarlatine.

La domestique a éprouvé, à l'âge de 8 ans, une maladie éruptive. Cette maladie régnait épidémiquement : un des symptômes ordinaires était l'esquinancie; on mourait, dit-elle, avec le pourpre et le millet (la miliaire).

Trois personnes ont été malades cette année : 1.° l'enfant, âgé de 8 ans; 2.° sa mère, âgée de 40 ans; 3.° le fils aîné, âgé de 18 ans. La santé de M. Serré et de la domestique n'a pas été altérée un instant.

L'enfant tomba malade vers la fin de juillet 1829. Mal de tête et fièvre, sans diarrhée, sans ophthalmie ni coryza. Il y eut de la toux; la peau devint rouge; mais il ne survint pas de desquammation. Dès le premier jour, il y eut du mal de gorge, et l'on aperçut des taches blanches dans la bouche et sur les amygdales : la maladie dura en tout huit jours. (*Traitement : Tisane d'orge; vomitif deux ou trois fois; purgatif quatre ou cinq fois.*)

M.me Serré éprouve elle-même les premiers symptômes de l'affection épidémique quinze ou vingt jours après le commencement de la maladie de son fils. Au début; mal de tête, fièvre et mal de gorge, toux, oppression,

pas de coryza ni d'ophthalmie. L'angine fut très-violente ; la langue et les amygdales se recouvrirent de concrétions blanches. Il n'y eut ni vomissemens spontanés, ni diarrhée ni délire. Il survint seulement des accidens convulsifs, des douleurs très-fortes dans les bras, qui persistent même aujourd'hui 23 septembre. La peau fut rouge et parsemée de petits boutons blancs et rouges. La desquammation se fit ensuite, et les jambes devinrent œdémateuses. M.me Serré resta alitée pendant huit jours, et ne sortit pas de sa chambre la semaine suivante. (Traitement : *tisane de bourrache; un vomitif; trois purgatifs.*)

Le fils aîné tomba malade à son tour un peu moins de huit jours après sa mère. Il éprouva d'abord du mal de tête, une courbature générale et des frissons; la fièvre se déclara bientôt; mais le mal de gorge ne se montra que le troisième jour en même temps que l'éruption à la peau. Il y avait des taches blanches sur les amygdales. Le corps fut couvert de larges plaques rouges : il y eut un peu de délire pendant deux nuits ; d'ailleurs on n'observa ni nausées, ni vomissemens, ni coryza, ni ophthalmie.

Pendant la convalescence, qui fut prompte et facile, l'épiderme s'enlevait par écailles fort larges. (Traitement : *Il ne voulut rien prendre; il se levait pendant l'ardeur de la fièvre pour aller boire à longs traits de l'eau froide.*)

Prévost, *jardinier et garde de la terre de Villeroy.* — La famille se compose de cinq personnes. Prévost, âgé de 32 ans, sa femme, âgée de 28 ans, deux filles, l'une de 5 et l'autre de 3 ans, et un garçon de 2 ans.

Prévost n'a jamais eu la rougeole ni la scarlatine; sa mère du moins ne lui a pas dit qu'il eût éprouvé, dans son enfance, d'autres maladies que la fièvre putride et la petite vérole.

La femme Prévost a eu la rougeole à l'âge de 13 ans,

en même temps que trois de ses frères et sœurs. La peau était parsemée d'une multitude de petits boutons rouges: il n'y avait pas de mal de gorge, et la langue n'était pas recouverte d'un enduit blanc. Pendant la convalescence, il y eut une desquammation farineuse.

Les deux filles ont eu, en 1827, une maladie éruptive, qui s'accompagna de toux, de larmoiement, de coryza, et qui fut suivie de desquammation farineuse. Il faut noter, comme particularité remarquable, que cette rougeole s'est déclarée dans cette famille sans communication appréciable; les enfans ne sortaient pas du château, qui est assez éloigné de Mennecy : la mère n'a pas d'ailleurs entendu dire que la rougeole régnât alors dans le bourg.

Le jeune garçon, qui n'était pas né lorsque ses deux sœurs ont été malades, n'avait jamais eu ni la rougeole, ni la scarlatine.

Cette année, Prévost, sa femme et leurs trois enfans, ont été malades à la même époque : ils jouissaient tous depuis long-temps de la meilleure santé.

La petite fille, âgée de 3 ans, a été atteinte la première. Éruption par plaques sur la peau; langue recouverte d'un enduit blanc qui s'enlevait comme une peau; angine modérée; la mère ignore s'il y eut des couennes blanches sur les amygdales. Pendant la convalescence, l'épiderme se détacha par lambeaux. (Traitement : *eau d'orge miellée, diète légère.*)

Le garçon est tombé malade un ou deux jours après sa sœur. Chez lui, les accidens furent plus graves. Éruption par plaques; angine plus violente; du reste, mêmes symptômes, même traitement que sa sœur.

La femme Prévost éprouva les premiers symptômes de l'affection épidémique deux ou trois jours après le début de la maladie de ses enfans. Fièvre pendant toute une semaine; angine violente avec exsudation blanche très-

abondante sur les amygdales. Éruption semblable à celle des deux enfans. L'épiderme, ensuite, se détacha par grands lambeaux. Le rétablissement se fit long-temps attendre.

Trois ou quatre jours après le commencement de la maladie de sa femme, Prévost eut une angine violente qui dura soixante-douze heures, et s'accompagna d'exsudation blanche sur les amygdales, de céphalalgie, de malaise et d'une fièvre légère. Il n'y eut ni exanthême cutané ni desquammation.

L'aînée des filles avait été malade quelques jours avant sa sœur; elle éprouvait de la fièvre, des douleurs dans le ventre : ces accidens se dissipèrent au bout de trois jours; mais, huit ou douze jours après le début de l'affection de sa mère, elle tomba de nouveau malade, et, cette fois seulement, elle se plaignit de mal de gorge. M. le docteur Petit, de Corbeil, la vit, et n'aperçut pas de taches blanches sur les amygdales. Du reste, la langue avait la même couleur que celle des autres malades, et il n'y eut ni exanthême cutané, ni desquammation. Depuis un mois, cette enfant est toujours souffrante; le ventre est paresseux; l'abdomen est tuméfié; la peau est sèche; et la fièvre, qui est continue, s'exaspère ordinairement pendant la nuit; la langue est encore fort rouge; la face est un peu bouffie; elle a d'ailleurs encore un symptôme qui lui est commun avec son frère et sa sœur, c'est un écoulement d'un liquide fétide par le nez.

*Famille de M. le comte F.***, propriétaire de la terre de Villeroy.* — Lorsque l'épidémie se déclara, il y avait au château neuf maîtres : M. et Mme F.***; la mère et deux tantes de Mme F.***; deux demoiselles de 17 à 19 ans, amies de la famille; deux enfans de M. F.***, savoir, un garçon de 7 ans, et une fille de 2 ans et demi.

M. et Mme F.*** et leurs deux enfans n'ont jamais eu

la scarlatine ; on ignore si la mère, les tantes et les deux amies de M.me F.*** l'ont éprouvée dans leur enfance.

Le fils aîné fut le premier qui tomba malade dans le bâtiment des maîtres ; il éprouva les premiers symptômes de l'affection épidémique le 15 août au matin. Fièvre violente, un peu de délire, douleur et gonflement de la gorge, concrétions blanches sur les amygdales ; on ne remarqua pas d'éruption à la peau ; cependant, il y avait sur le visage quelques petits boutons à peine sensibles. (Traitement : *sangsues au col, gargarismes, insufflations d'alun*).

M.me F.***, qui donna à son fils les soins les plus assidus, le fit coucher dans sa chambre pour être mieux à portée de le secourir ; et la nuit, réveillée souvent par les cris de l'enfant, elle se levait en sueur et oubliait quelquefois de prendre ses pantoufles ou de se couvrir d'un schall ; d'ailleurs, l'époque menstruelle allait arriver. Qu'il faille ou non attribuer à des imprudences que la tendresse maternelle ferait commettre, la maladie de M.me F.***, toujours est-il que, peu de jours après son fils, elle fut saisie d'une violente esquinancie, accompagnée de fièvre, de mouvemens nerveux, et de douleurs aiguës dans tous les membres ; les amygdales se recouvrirent de concrétions blanches fort épaisses ; mais il n'y eut pas d'exanthême cutané. La convalescence a été fort difficile ; il reste encore un peu de surdité. (Traitement : *sangsues au col, cataplasmes émolliens, insufflation d'alun, légers purgatifs.*)

Malgré les soins de propreté les plus minutieux, l'odeur qui s'exhalait du corps des malades était très-fétide ; et ce phénomène se présenta chez tous ceux qui éprouvèrent l'affection épidémique.

La mère et une des tantes de M.me F.*** éprouvèrent

elles-mêmes un léger mal de gorge, sans fièvre, qu'elles attribuèrent à l'inquiétude et à la fatigue.

L'autre tante de M.me F.***, ses deux amies, la bonne d'enfans et la petite fille, partirent pour Paris le surlendemain du jour où le jeune garçon était tombé malade; aucune d'elles n'éprouva ni mal de gorge, ni scarlatine. Or, la petite fille avait couché, les deux premières nuits, dans la chambre de son frère, et la bonne d'enfans avait veillé l'enfant la première nuit; on ignore si celle-ci avait eu la scarlatine dans sa jeunesse.

Avant de terminer ce qui regarde les renseignemens que M. F.*** a eu la bonté de nous communiquer, nous ferons connaître quelques circonstances curieuses relatives à la manière dont ses deux enfans ont contracté la rougeole en 1828.

Nous avons vu, dans le document qui concerne Prévost, jardinier de la terre de Villeroy, que ses deux filles avaient eu la rougeole au printemps de 1827. A cette époque, les enfans de M. F.*** eurent avec ces malades de fréquentes communications, et ne prirent pas la rougeole. L'hiver suivant, la même fièvre éruptive se déclara chez le concierge de l'hôtel de M. F.***, à Paris. Le fils de celui-ci ne cessa d'aller tous les jours dans la loge resserrée où étaient renfermés les malades, et, néanmoins, il n'éprouva rien. Enfin, au printemps de 1828, la famille étant à Villeroy, les deux enfans eurent la rougeole, sans qu'il ait été possible de découvrir par quelle voie elle leur avait été communiquée.

Renseignemens pris auprès des domestiques du château de Villeroy. — Il y avait six domestiques : la bonne d'enfans, dont il a été question dans le document précédent; le valet-de-chambre de M. F.***, sa femme, qui est cuisinière; la femme-de-chambre de M.me F.***; le cocher, et une femme de journée qui habite Mennecy,

et qui passe au château à-peu-près quinze jours par mois.

On ignore si le valet-de-chambre a eu, dans sa jeunesse, la rougeole ou la scarlatine. Sa femme a éprouvé, à l'âge de sept ans, ainsi que tous ses frères et sœurs, une maladie éruptive que l'on appela rougeole, et qui s'accompagnait de mal de gorge; quoiqu'elle fût fort jeune alors, elle se rappelle parfaitement qu'un de ses frères avait une esquinancie très-forte, et que l'enflure intérieure et extérieure était telle qu'il ne pouvait avaler, et qu'on était obligé de le faire boire par petites cuillerées (1).

Dans son enfance, la femme-de chambre a eu une maladie que l'on a appelée rougeole; elle ne se rappelle aucun des symptômes qui ont accompagné cet exanthême.

Le cocher n'a jamais éprouvé ni la scarlatine, ni la rougeole; et la jeune fille qui vient en journée au château est dans le même cas.

Parmi les domestiques, la femme-de-chambre fut la première malade. Elle commença à éprouver les symptômes de l'affection épidémique deux jours après le début de la maladie de madame la comtesse F.... Fièvre vive pendant quatre jours, douleurs atroces dans les extrémités inférieures; angine tellement violente, que la malade ne pouvait parler, et qu'elle ne pouvait boire que par gouttes et avec une extrême difficulté. Les amygdales se recouvrirent d'une exsudation blanche très-abondante; il n'y eut ni exanthême cutané, ni desquammation; cependant, durant la convalescence, l'épiderme des mains devint jaune et dur, mais il ne se détacha pas. (Traite-

(1) Il nous semble que ces symptômes ne permettent pas de douter que ce ne fût la scarlatine.

ment : *émétique, sangsues au col, insufflations d'alun.*)

Le valet-de-chambre tomba malade quelques jours après madame F...., le 1.er ou le 2 de septembre : il eut une fièvre peu vive qui dura 48 ou 72 heures, et qui s'accompagna d'une angine légère et d'un exanthême bien marqué sur la face, sur la poitrine et sur l'abdomen ; avec chaleur à la peau et démangeaison; il n'y eut pas de concrétions blanches sur les tonsilles. La langue, blanche au centre, était rouge sur les bords. Cette maladie fut si peu grave, qu'elle ne l'empêcha pas de faire son service. Pendant la convalescence, qui ne se fit pas long-temps attendre, l'épiderme de la face se détacha par petites écailles furfuracées. (Traitement : *purgatifs, pédiluves, diète légère.*)

Le cocher n'est entré au service de M. le comte F.... que le 29 ou le 30 d'août. Déjà le fils était rétabli; madame F.... était presque convalescente; la femme-de-chambre était encore au lit; le valet-de-chambre n'était pas encore malade.

Vers le 6 ou le 7 septembre, il a été lui-même atteint de la maladie régnante. Fièvre pendant cinq jours, angine violente; les personnes qui le soignèrent ne remarquèrent pas s'il avait un exanthême cutané; elles déclarent seulement qu'il avait la figure très-rouge pendant la fièvre; les tonsilles étaient couvertes d'une exsudation blanche très-abondante, et chez lui, comme chez tous les autres malades, le milieu de la langue était fort blanc et le pourtour extrêmement rouge. Aujourd'hui, 23 septembre, ce jeune homme est entièrement rétabli, mais l'épiderme des mains se détache par larges lambeaux. (Traitement : *émétique, sangsues au col et à l'épigastre.*)

Tableau analytique.

Total des habitans du château de Villeroy qui y sont restés lorsque la maladie s'est déclarée dans la famille de M. le comte F....	22
13 femmes, 9 hommes.	
Affectés d'exanthême et d'angine couenneuse simultanés......	5
D'exanthême et d'angine simple.............................	1
D'exanthême et d'angine (la gorge n'ayant pas été examinée)..	2
D'exanthême sans angine......................................	0
D'angine sans exanthême......................................	5
N'ont pas été malades...	9
Parmi les 13 qui ont été malades :	
Ayant eu la scarlatine à des époques antérieures.............	0
Des 9 qui n'ont pas été malades :	
Ont eu la scarlatine à des époques antérieures.................	2
N'ont pas eu la scarlatine......................................	3
Incertains..	4
Des 13 qui ont été malades :	
Ont eu des communications avec d'autres malades............	12
Incertain...	1
Des 9 qui n'ont pas été malades :	
Ont eu des communications avec les malades.................	9
Ordre des malades avec leur âge :	
Chez le régisseur..................................	8, 40, 16 ans.
Chez le garde...	3, 2, 28, 32, 5 ans.
Chez M. le comte F.....................................	7, 25, 32, 30, 20 ans.
Age de ceux qui ont été affectés d'exanthême et d'angine couenneuse simultanée..........................	8, 16, 20, 28 et 40 ans.
D'exanthême et d'angine simple...........	30 ans.
D'exanthême et d'angine, (la gorge n'ayant pas été examinée)....................	2, 3 ans.
D'angine sans exanthême..................	5, 7, 26, 32, 32 ans.
Age de ceux qui n'ont point été malades :	
N'ayant pas eu la scarlatine.............	2, 20, 40 ans.
Incertains.................................	25, 40, 50, 50 ans.
Ayant eu la scarlatine..................	22, 28 ans.

Il n'existe, je pense, dans l'esprit de personne aucun doute sur la maladie épidémique qui a régné à Villeroy. C'était évidemment la scarlatine. Cela du moins est incon-

testable pour les huit malades qui ont été simultanément affectés d'exanthême cutané et d'angine. Mais les cinq autres qui ont eu une angine sans exanthême cutané, ont-ils éprouvé aussi la scarlatine ? Nous le croyons, et la chose nous paraît facile à démontrer.

Cinq malades ont une éruption scarlatineuse qui s'accompagne d'angine couenneuse, de fièvre, etc., etc. Ici, il est hors de doute que, chez eux, l'éruption s'est faite simultanément, et sur la peau et sur la membrane muqueuse du pharynx; il existe entre l'affection du gosier et celle du tégument externe, des relations telles, qu'il est évident pour tout le monde que l'une et l'autre sont dues à la même cause, sont un phénomène de la même maladie; et maintenant si, dans les mêmes circonstances, dans la même maison, cinq autres personnes éprouvent une série de symptômes absolument semblables à celle des cinq premières, à cela près de l'éruption, doutera-t-on que ce soit la même maladie ? Si, pour rendre cette identité plus incontestable, on fait voir que ceux qui n'ont que l'angine couenneuse se trouvent en contact avec des scarlatineux, sont soumis aux mêmes influences atmosphériques que ces derniers, et que cependant ils n'ont pas d'exanthême cutané, bien que, dans leur enfance, ils n'aient pas eu la scarlatine; si, d'un autre côté, on fait voir que des personnes de la même famille, qui ont éprouvé la scarlatine à des époques antérieures, restent exemptes à-la-fois et de l'éruption de la peau et de l'angine couenneuse ; aura-t-on besoin de donner de nouvelles preuves en faveur de l'identité de deux maladies qui, pour différer par leur siége ou par quelques légères circonstances, n'en sont pas moins les mêmes dans leur essence ?

La plupart des praticiens qui ont décrit des épidémies de scarlatine ont noté ce fait curieux, que des malades pouvaient avoir la *fièvre scarlatineuse* sans angine et sans scarlatine; ou bien encore la fièvre scarlatineuse

avec angine sans scarlatine ; et enfin la fièvre scarlatineuse avec scarlatine sans angine.

Dans ses Aphorismes sur la scarlatine Stoll se demande : *An febris scarlatinosa, sine scarlatinâ æquè frequens tàm cum, quàm sine angina !* (Aph. 594). Et M. Bretonneau : « Souvent dans le cours d'une épidémie de scarlatine on voit se développer l'angine scarlatineuse sans qu'aucune éruption exanthématique se montre à la surface de la peau (*Leç. clin. de l'hôpit. de Tours*).

Ce que nous observons à Villeroy n'est donc pas un fait exceptionnel, et sans doute dans la plupart des épidémies de scarlatine, l'absence de l'éruption pourra quelquefois être notée.

Il y a plus : Stoll témoigne, que l'angine seule, sans fièvre scarlatineuse, peut se montrer au milieu d'une épidémie : *Quo tempore, inter juniores, febris scarlatinosa grassatur, inter adultos sæpè angina sola comparet.* (Aphor. 589). M. Bretonneau, dans les épidémies qui ont ravagé la Touraine, a souvent observé le même fait, et moi-même j'ai eu occasion de le rencontrer dans le cours de la mission dont MM. Ramon, Leblanc et moi avons été chargé pendant l'été de 1828. Je me rappellerai long-temps qu'à Cour-Cheverny, nous fûmes conduits par M. Blanchet dans une maison où trois sœurs de 18 à 24 ans étaient atteintes d'une angine couenneuse qui avait été précédée d'un peu de fièvre ; leur frère venait d'avoir une éruption scarlatineuse bien marquée, et la scarlatine, qui régnait dans le bourg, avait fait d'assez nombreuses victimes, surtout parmi les femmes nouvellement accouchées.

Je ne saurais trop insister sur des faits de ce genre qui se présentent si souvent à l'observation des praticiens ; je ne saurais trop faire ressortir la fréquence des angines couenneuses sans éruption pendant le cours d'une épidémie de scarlatine, parce que c'est là dessus que repose toute la

question de la spécificité de la diphthérite, parce que la thérapeutique de la diphthérite ne fera jamais un pas, tant que l'on ne sera pas bien convaincu qu'entre une angine couenneuse scarlatineuse et une angine diphthéritique il existe autant de différences qu'entre un exanthême rubéoleux et une éruption variolique.

Depuis la publication de l'ouvrage de M. Bretonneau sur la diphthérite, il a été fait une foule de mémoires, les uns pour confirmer les idées du médecin de Tours, les autres pour les combattre. L'immense intérêt de cette question, la grande autorité de M. Bretonneau, et celle non moins respectable de quelques-uns de ses adversaires, ont attiré l'attention sur une lutte dont chacun attend impatiemment l'issue. Des deux côtés les observateurs ont du talent, des deux côtés ils ont de la bonne foi, et cependant ils arrivent à des conclusions opposées. A quoi peut tenir une semblable différence? à une erreur de diagnostic de la part des antagonistes de M. Bretonneau, et cette erreur repose sur une idée théorique qui, ne leur faisant admettre que du plus ou du moins dans l'irritation, les empêche de reconnaître la spécificité de la maladie, et par conséquent ne leur permet pas de différencier des affections dissemblables.

Or, qu'entendons-nous par phlegmasie spéciale? C'est une inflammation qui diffère d'une inflammation analogue par des caractères constans, lesquels caractères constituent une espèce distincte dans un genre commun, appliquant ici à la pathologie des principes admis dans les classifications des sciences naturelles.

Sans doute toutes les phlegmasies ont entre elles de commun, la rougeur, la chaleur, la douleur, la tuméfaction; il y a toujours épanchement de produits morbides, soit dans les mailles d'un tissu, soit à la surface d'une membrane; elles pourront toutes se terminer par suppuration, par gangrène; sont-elle semblables pour cela?

et, parce que ces phlegmasies auront des caractères communs, seront-elles nécessairement identiques ?

« Non, certes, répond M. Bretonneau; car il ne s'agit pas d'établir que, entre une phlegmasie et une autre phlegmasie, il n'existe aucune sorte de rapports; qu'un des degrés, une des phases d'un mode inflammatoire, ne ressemble jamais à un des degrés, à une des phases d'un autre mode inflammatoire; mais il importe de savoir si l'ordre et la succession des phénomènes morbides qui caractérisent une inflammation d'un tissu constituent une maladie qui puisse être distinguée d'une autre phlegmasie du même tissu. Il importe de savoir si une forme phlegmasique, qui, modifiée par l'âge, l'idiosyncrasie, l'état de santé de celui sur qui on l'observe, par la saison et la température, reste assez semblable à elle-même pour que sa marche, sa terminaison, en un mot, l'ensemble de ses symptômes, la fassent connaître chez l'enfant et chez le vieillard, sous l'influence de tous les climats, de toutes les températures, peut être distinguée de toute autre forme phlegmasique, dans le même tissu; et si, comme cela est facile, la distinction peut être faite, ce n'est qu'à l'aide de caractères distinctifs qui sont suffisans pour classer l'espèce.

« Maintenant, je le demande, l'obstination du médecin qui persiste à ne voir dans une angine tonsillaire et la diphthérite pharyngienne que deux nuances de la même affection, n'équivaut-elle pas à celle d'un naturaliste qui soutiendrait que la vipère n'est qu'une variété de la couleuvre, et qui, apportant en preuve de son opinion la similitude du mode de circulation et celle des caractères habituels; regarderait les écailles et les plaques qui recouvrent la tête, l'absence ou la présence des crochets à venin, comme des différences accidentelles (1)? Mais c'est

(1) Bretonneau, *Leç. clin. de l'hôpital de Tours.*

assez discuter la doctrine générale des maladies spéciales; arrivons à l'épidémie dont nous nous occupons aujourd'hui, et prouvons que l'angine couenneuse, que nous avons observée à Villeroy, diffère essentiellement de la diphthérite pharyngienne.

Et d'abord, nous avons démontré jusqu'à l'évidence, du moins le croyons-nous ainsi, que cette angine était la même que celle qui compliquait la maladie de la peau, c'est-à-dire qu'elle était une angine scarlatineuse. Or, pour juger combien elle diffère de la diphthérite, il suffira de comparer ensemble ces deux affections.

Au début de l'angine scarlatineuse, tuméfaction considérable et rougeur très-vive des deux amygdales, du voile du palais et de la pointe de la langue, fièvre violente, chaleur extrême de la peau, céphalalgie, souvent délire.

Au début de la diphthérite, tuméfaction peu considérable de l'une des amygdales, rougeur vive seulement autour de la concrétion pelliculaire; la langue, le voile du palais, conservent leur couleur naturelle; fièvre à peine sensible, un peu de céphalalgie, jamais de délire.

Dans l'une et dans l'autre, on observe, dès le commencement, un gonflement très-notable des ganglions lymphatiques cervicaux et sous-maxillaires.

Bientôt, dans l'angine scarlatineuse, une sécrétion, d'un blanc de lait, recouvre simultanément les deux amygdales, la langue, le voile du palais, la face interne des joues; cependant la fièvre persiste et augmente même le plus souvent; l'extrême fréquence et l'irrégularité du pouls, un délire plus ou moins fort, annoncent une vive réaction.

Tandis que dans la diphthérite, la fausse membrane qui recouvrait d'abord une des amygdales, gagne de proche en proche, s'étend à la manière d'un liquide, et passe d'une amygdale sur l'autre, en envahissant auparavant le voile du palais et la partie postérieure du pharynx et des fosses

nasales. Cependant la fièvre est dissipée, toutes les fonctions sont rétablies.

Mais l'angine scarlatineuse poursuit son cours, la langue se dépouille de son épithélium, et prend une teinte rouge extrêmement foncée : peu à peu, et lentement, les concrétions blanches qui tapissaient l'arrière-bouche sont entraînées par la salive, par les boissons, et laissent souvent à leur place des érosions douloureuses. En même temps les ganglions lymphatiques du col ou entrent en résolution, ou suppurent à la manière des bubons syphilitiques. Cependant la voix qui était nasonnée, tant que la tuméfaction des amygdales était considérable, reprend son timbre naturel dès qu'elle a diminué. Dans tout le cours de la maladie, rien n'a indiqué que la membrane muqueuse du larynx fût le siége de la moindre altération.

Combien la scène ne va-t-elle pas changer dans l'angine diphthéritique ! Les symptômes qui d'abord avaient inquiété, sont maintenant dissipés presque entièrement, les boissons sont avalées avec facilité, la déglutition des alimens solides est à peine douloureuse. Tout-à-coup il survient un peu de toux, la voix est voilée. La toux, d'humide et fréquente qu'elle était, devient sèche, puis rare, rauque, courte, et enfin elle s'éteint; en même temps que la voix, qui était devenue rauque, ne semble plus qu'un filet d'air qui passe à travers un tuyau de métal. Cependant la respiration s'embarrasse, la dyspnée se montre de loin en loin, les accès se rapprochent, et le malade périt dans l'affreuse agonie d'une personne qu'on étrangle.

Certes, lorsque l'on compare ces deux sortes d'angines, trouve-t-on entre elles autant de différences qu'il y en a entre un simple érythème et une pustule maligne. Et ici, l'école du Val-de-Grâce ne peut arguer de la quotité de l'irritation, car, à juger de la véhé-

mence de l'irritation par la violence des symptômes qui en sont l'expression physiologique, la rougeur, la chaleur, la douleur, la tuméfaction, les réactions locales et sympathiques sont bien plus prononcées dans l'angine scarlatineuse que dans la diphthérite, et pourtant la terminaison est bien autre que la comparaison entre les symptômes ne l'aurait fait présager. Si donc, pour revenir à la spécificité des inflammations, le danger de ces deux maladies est précisément en raison inverse de la quotité *explicite* de l'irritation, il faudra bien admettre pour l'explication de ces phénomènes une qualité de stimulus qui constituera la spécificité de ces deux phlegmasies.

N'est-il pas bien remarquable que jamais l'exsudation couenneuse de la scarlatine n'envahisse les organes de la respiration; je dis jamais, parce que, dans les épidémies que j'ai eu occasion d'observer, dans celles beaucoup plus nombreuses que M. Bretonneau a suivies avec le plus grand soin, nous n'avons pas eu une seule occasion d'observer la propagation de la phlegmasie couenneuse scarlatineuse aux canaux aérifères; tandis que, dans certaines épidémies d'angine diphthérique, l'inflammation pelliculaire du pharynx s'est étendue au larynx chez tous les sujets qui en ont été atteints.

Ces deux angines n'ont entre elles de commun que la couleur de l'exsudation; encore cette différence n'existe-t-elle que vers le quatrième ou le cinquième jour, car jusque-là, l'exsudation scarlatineuse se distingue par une teinte d'un blanc de lait, tandis que les concrétions diphthériques sont habituellement jaunâtres; mais ces nuances de coloration sont vraiment trop difficiles à saisir pour qu'on puisse les regarder comme un signe diagnostique fort important. Il n'en est pas de même de la consistance de la sécrétion. Dans la scarlatine, l'exsudation ne peut s'enlever que par petits fragmens, et jamais par lambeaux; car il ne faut pas prendre pour un lambeau fibrineux l'épithélium de la

langue recouvert d'une exsudation blanche. Tandis que dans la diphthérite, la concrétion pelliculaire est dure, coriace, et s'enlève en lambeaux assez résistans, même lorsqu'elle n'est encore que fort mince.

Un autre signe diagnostique plus important et plus facile à saisir que tous les autres, c'est la rapidité avec laquelle les deux amygdales, le voile du palais, la langue et souvent la partie interne des joues se recouvrent *simultanément* de la matière sécretée, tandis que les fausses membranes diphthéritiques n'envahissent que *successivement* les tissus qu'elles vont recouvrir.

Il ne faut pas non plus passer sous silence la différence de coloration de la membrane muqueuse. Dans l'angine scarlatineuse, celle-ci est partout d'un rouge vineux qui n'augmente pas d'intensité autour des concrétions, tandis que dans la diphthérite, la rougeur vive et vermeille qui s'observe au pourtour des pellicules est partout ailleurs à peine sensible.

Ajoutons enfin, que la concrétion pelliculeuse, entourée, au début, d'un auréole inflammatoire, paraît enfoncée le plus souvent, tandis que, dans la scarlatine, l'exsudation fait saillie et déborde la membrane muqueuse.

Toutefois, ces signes différentiels, dont l'ensemble suffit pour assurer le diagnostic d'un médecin habitué à comparer la diphthérite et l'angine scarlatineuse, devront frapper moins vivement un praticien à l'examen duquel ces deux maladies ne se seront pas souvent présentées; et j'avoue même que la difficulté que l'on éprouve à explorer l'arrière-bouche de quelques personnes devra singulièrement contribuer à embarrasser ceux même qui auront le plus d'expérience.

Mais combien ne faudra-t-il pas apporter d'attention et de scrupule à l'examen des symptômes locaux et généraux, lorsque la scarlatine et la diphthérite séviront

concurremment dans la même ville, dans le même bourg ! Je me rappelle que, pendant l'été de 1828, lorsque M. le docteur Ramon et moi, nous étions en Sologne, nous reçûmes du sous-préfet de Romorantin l'invitation de nous transporter sur-le-champ à Marcilly-en-Gaut, et à Millançay où sévissait la *maladie de Chaumont.* On désignait sous ce nom la diphthérite qui avait fait d'affreux ravages dans la commune de Chaumont-sur-Tharonne (Loir et Cher.) Nous nous rendîmes sur-le-champ à Millançay et à Marcilly, et, à notre grand étonnement, nous vîmes qu'il n'y avait pas un seul habitant de ces communes atteint de la diphthérite pharyngienne ; mais la scarlatine faisait de nombreuses victimes, et comme le mal de gorge était un symptôme constant de cet exanthème, et que, dans quelques maisons on voyait des malades affectés seulement d'angine au milieu de leur famille atteinte de la scarlatine, on attribuait la mort au même mal de gorge qui venait de cesser à Chaumont. L'épouvante s'était encore répandue à Vernou (Loir et Cher), où régnait aussi la scarlatine ; mais si les symptômes généraux et locaux, si la concomitance de l'exanthème et de l'angine chez le plus grand nombre, si la spontanéité de la guérison de la maladie dans la plupart des cas, ne nous eussent déjà convaincu que ce prétendu *mal de gorge de Chaumont* n'était autre chose qu'une angine couenneuse scarlatineuse ; nous n'aurions pas pu en douter après les autopsies que nous avions faites. En effet, tandis que chez ceux qui succombaient avec l'angine scarlatineuse, nous ne trouvions pas de concrétions pelliculaires dans le larynx; d'un autre côté, chez *tous* ceux qui avaient eu l'angine diphthéritique, nous découvrions des fausses membranes dans les voies aériennes.

Or, si la scarlatine eût sévi à Chaumont ou à Marcilly-en-Gaut en même temps que la diphthérite, à combien

d'erreurs de diagnostic cela n'eût-il pas donné lieu? Eût-il été toujours bien facile de dire si telle angine devait son origine au virus scarlatineux, ou si elle était produite par l'action du virus diphthéritique? Et cependant, quelle importance pour le traitement! Car, tandis que la scarlatine, lorsqu'elle est le plus bénigne et qu'on ne lui oppose aucun traitement, fait périr à peine un malade sur 200, comme nous le voyons à Echarcon; la diphthérite, au contraire, livrée aux seuls efforts de la nature, est presque invariablement mortelle. Et si le médecin qui, malgré lui, malgré sa médication, a guéri une angine scarlatineuse, veut opposer le même traitement à une angine diphthéritique qu'il ne distingue pas de l'autre; il échoue et attribue à des circonstances malheureuses l'insuccès qu'il vient d'avoir. Et comme il réussit vingt fois avec une merveilleuse facilité à guérir l'inflammation scarlatineuse qui se fût guérie sans lui, il persiste dans une médication inefficace, il est vrai, dans quelques cas; il y persiste, parce que les causes de cette inefficacité accidentelle lui demeurent inconnues.

C'est cette erreur de diagnostic qui a fait la fortune de tant de médications, c'est elle qui accrédite encore aujourd'hui l'usage des émissions sanguines, des purgatifs, des révulsifs, des émétiques dans le traitement de la diphthérite. Lisez les traités des médecins du dernier siècle sur l'angine gangréneuse, lisez les ouvrages composés à notre époque, ceux mêmes qui ont obtenu les prix des sociétés savantes dans les circonstances les plus solemnelles; lisez les écrits que l'on publie tous les jours sur l'angine couenneuse; dans les recueils périodiques, presque partout vous voyez la scarlatine indiquée comme complication de ces angines; partout même erreur de diagnostic, et par conséquent même erreur de traitement; car, nous le répétons, si on ne distingue pas une angine couen-

neuse d'une autre angine couenneuse, il est impossible d'arriver à une application thérapeutique précise.

Mais, va-t-on nous dire, à quoi bon ces subtilités de diagnostic, puisqu'en définitive l'inflammation diphthéritique et l'inflammation scarlatineuse sont des inflammations? Il importe peu de savoir en quoi elles diffèrent par leur marche, par leurs symptômes, par leurs caractères anatomiques; l'essentiel est de les guérir, et comme phlegmasies aiguës, elles céderont à un traitement antiphlogistique bien entendu. Certes je suis moins que personne partisan des subtilités de diagnostic, et j'attache bien peu d'importance à des distinctions qui n'ont aucune utilité pratique; mais si les deux phlegmasies dont nous avons tout-à l'heure fait le parallèle, non seulement diffèrent entre elles par leurs phénomènes principaux, mais encore demandent un traitement différent, les distinctions alors seront-elles inutiles, et ne devrons-nous pas appeler sur ce point l'attention des praticiens. Or, il est de fait que l'angine scarlatineuse, dont la durée ne peut être facilement abrégée, cède peu à peu aux seuls efforts de la nature secondés par le régime; tandis que la diphtérite, si elle n'est traitée énergiquement par des moyens topiques (*Alun, nitrate d'argent, acide hydrochlorique, calomel*), envahit promptement les tissus voisins, et devient certainement mortelle. Et le traitement de la diphthérite a cela d'avantageux qu'il n'aggrave pas l'angine scarlatineuse, et qu'il est très-efficace dans l'angine couenneuse commune, de sorte qu'en l'adoptant pour toutes les inflammations des amygdales qui s'accompagnent d'exsudation concrète, on est sûr d'être utile au malade, tandis qu'en négligeant le traitement topique, on guérira, il est vrai, les angines qui ne seront pas la diphthérite; mais on s'exposera à laiser périr ceux qui seront atteints de l'angine pelliculaire.

Observations d'asphyxie par la vapeur du charbon, et réflexions sur le mode d'action de l'air froid généralement conseillé pour combattre cet accident; par le docteur* BALLOT, *médecin à Gien (Loiret).

Dans les premiers jours de janvier dernier, vers quatre heures de l'après-midi, je fus appelé à la maison de campagne de M. de C....., distante de Gien d'environ une demi-lieue, pour donner mes soins au fils aîné du jardinier, qui, tombé de dessus un tilleul d'environ quinze pieds de hauteur, le corps portant perpendiculairement sur le sol par l'intermédiaire du membre inférieur droit, s'était fracturé la cuisse et la jambe de ce côté.

Je trouvai le jeune homme couché dans une chambre dépourvue de cheminée et à demi transi par le *froid*, qui était extrêmement vif. Ne pouvant pas *suppléer* par un autre moyen à l'impossibilité de faire du feu dans cette chambre, je demandai qu'on y apportât une chaudière remplie de braises ardentes que j'avais remarquées au foyer d'un appartement voisin. Tout entier aux préparatifs de mon opération, je ne m'aperçus pas qu'on remplaça la chaudière par un vaste pot de fleurs en terre, troué à son extrémité inférieure et disposé de manière à ce que l'air pût circuler à travers la braise enflammée et en entretenir la combustion. Après plus de deux heures passées à une opération pénible, et dont l'absence d'aides intelligens avait beaucoup augmenté la longueur et les difficultés, je sentis des battemens de cœur assez forts et un mal de tête caractérisé par le resserrement des tempes. Attribuant ces accidens à la position fatiguante que j'avais long-temps gardée, le corps demi-fléchi sur un lit bas et mal disposé, je ne m'en occupai pas autre-

ment, et ne me retirai que lorsque j'eus fait tout disposer autour du malade pour assurer le succès de mon opération. En traversant les corridors, je ne remarquai aucun changement dans mon état; mais étant arrivé dans une cour vaste et bien aérée, et voulant satisfaire au besoin d'uriner, le léger effort musculaire nécessaire dans cette circonstance fut comme le signal de palpitations d'une violence extrême : au même instant, un vertige ténébreux obscurcit ma vue; le battement des tempes et le sifflement des oreilles étaient insupportables; mes jambes fléchirent sous moi, de manière que si je n'eusse trouvé immédiatement un point d'appui, je serais tombé sur le sol; mes idées se troublèrent, et je n'éprouvai plus qu'une horrible anxiété résultant du besoin instinctif de marcher devant moi, comme pour aller à la recherche d'un air différent de celui que je respirais et qui me semblait d'un poids énorme, tandis que, par l'inertie de mes forces musculaires, je me sentais irrévocablement lié sur la pierre qui me servait de siége.

J'essayerais inutilement d'exprimer les angoisses de cette position, dans laquelle toutes mes puissances expiratoires luttaient avec une violence accablante pour chasser de ma poitrine l'air impur qui la remplissait : les sensations si pénibles que fait quelquefois éprouver le cauchemar n'en peuvent donner qu'une faible idée. Je me souviens encore que, plutôt par instinct que par réflexion, je faisais de vains efforts pour décrocher un épais manteau qui m'enveloppait, lorsque quelqu'un vint à mon secours en me débarrassant des vêtemens dont la constriction augmentait mon extrême anxiété. Alors je ne tardai pas à sentir ma poitrine se dilater graduellement, les battemens du cœur cessèrent d'être tumultueux, et bientôt un frisson intense avec claquement de dents annonça le retour prochain et régulier des fonctions. Un

violent mal de tête, que je gardai toute la soirée, fut le dernier symptôme de cet état, dont la durée n'excéda pas en tout cinq à six minutes, et qui fut pourtant tellement pénible, que je ne conçois rien de plus affreux. J'ai quelquefois éprouvé des lipothymies ; mais le malaise qu'on ressent alors, et durant lequel tout semble s'éteindre à-la-fois autour de nous, ne saurait être comparé avec celui qui résulte d'une lutte prolongée entre la vie et la mort, lutte d'autant plus cruelle, qu'en laissant la faculté de la sentir, elle ôte la possibilité de s'y soustraire.

Maintenant, je vais rendre sommairement compte de ce qui se passa chez les autres personnes qui furent, comme moi, soumises à l'action délétère de la vapeur du charbon.

J'avais pour aides, outre le père du blessé, deux hommes de peine employés habituellement dans la maison, et unequatrièm e personne d'une santé délicate, qui, après être restée une heure au plus avec nous, nous quitta dès que je pus me passer de son assistance, et fut immédiatement respirer le grand air. Celle ci ressentit pour toute incommodité un assez violent mal de tête, qui ne fut complètement dissipé que le lendemain. Des trois autres assistans, qui tous jouissaient d'une santé robuste, le père du malade ne quitta que beaucoup plus tard que nous la chambre de ce dernier, restée ouverte après mon départ, et ne s'exposa au grand air qu'après avoir passé quelques heures dans la maison; il en fut également quitte pour une céphalalgie médiocre et un léger mal de cœur. Tandis que les hommes de peine qui, presque immédiatement après mon départ, furent reprendre leurs travaux à l'air libre, éprouvèrent l'un et l'autre des vertiges, des tintemens d'oreille, et de plus, l'un, des vomissemens, et l'autre, un état très-analogue à celui que j'avais ressenti, quoique à un moindre degré, et qu'il désigna sous le nom

d'évanouissement. Forcés alors de rentrer à la maison, ils furent toute la soirée et toute la nuit tourmentés d'un violent mal de tête. Enfin, et cette circonstance n'est pas la moins digne d'intérêt, le blessé, jeune homme de 15 à 16 ans, d'une constitution vigoureuse, et qui, couché horisontalement sur un lit peu élevé, dût être, par cette raison, en contact presque continuel avec la partie viciée de l'air, et aurait dû en ressentir plus vivement les effets, n'éprouva, pour tout accident, qu'un mal de tête peu considérable et quelques battemens de cœur, qui ne tardèrent même pas à se dissiper lorsque la braise, presque entièrement consumée, eut été enlevée, et que la porte de la chambre étant restée ouverte, l'air que renfermait celle-ci eut été graduellement remplacé par celui qui circulait dans les corridors.

Je ferai observer qu'on ne pourrait attribuer la différence des symptômes éprouvés par chacun de nous isolément aux circonstances particulières dans lesquelles nous nous serions trouvés, sous le rapport de l'état de plénitude ou de vacuité de l'estomac; en effet, j'avais déjeûné entre dix et onze heures, et le blessé, ainsi que les personnes qui l'entouraient, avaient pris leur repas à midi.

La conséquence immédiate des faits précédens n'est-elle pas que l'introduction soudaine et brusque d'un air très-vif et très-pur dans les voies respiratoires, lorsque celles-ci sont en partie remplies par un gaz délétère, développe rapidement les phénomènes de l'asphyxie; tandis qu'une transition plus lente et plus ménagée dans le passage d'un air vicié à un autre plus pur, met à l'abri de ces accidens?

D'ailleurs, en considérant sa marche habituelle, ne voyons-nous pas que la nature repousse toute transition brusque dans les modificateurs de l'économie, tout grand

changement lorsqu'il est subit? L'imprudent qui expose tout-à-coup à l'action d'un brasier ardent une partie vivante, actuellement engourdie par le froid, y éprouve bientôt une douleur aiguë à laquelle, trop souvent, la gangrène ne tarde pas à succéder : et pour prendre un exemple plus analogue à ce qui se passe dans l'asphyxie, ne sait-on pas que, de plusieurs ivrognes renfermés dans un lieu fortement chauffé, et dont l'air a été vicié, soit par la nature du combustible, soit par la respiration simultanée d'un grand nombre d'individus, ceux qui s'exposent subitement à un air vif et pur tombent promptement dans le dernier degré de l'ivresse, et souvent même dans une sorte d'asphyxie; tandis qu'à excès égaux, ceux qui restent dans l'appartement conservent, en grande partie, leurs facultés intellectuelles, et n'ont trouvé dans le vin qu'un surcroît de bonne humeur? Mais sans recourir aux analogies, tous les faits d'asphyxie commençante recueillis par les observateurs déposent de l'état extrême de malaise qu'occasionne la respiration brusque d'un air fortement chargé d'oxigène, lorsque les poumons sont actuellement en contact avec une certaine quantité de gaz oxyde de carbone. M. le docteur Bourgeois, dont l'intéressant travail m'a donné l'idée de mettre en ordre ces réflexions, rapporte à ce sujet un des faits les plus concluans, et auquel je ne puis mieux faire que de renvoyer les lecteurs des Archives. (*Voyez Archives générales de Médecine*, tome XX, pages 515 et 516.)

M'appuyant sur mon expérience personnelle, j'ai cherché à démontrer l'action nuisible de l'inspiration du fluide atmosphérique dans un grand état de pureté, lors de l'apparition des premiers symptômes de l'asphyxie par la vapeur du charbon. Maintenant, une nouvelle question se présente naturellement : serait-il possible d'étendre les mêmes considérations aux cas d'asphyxie complète? Je

ne le pense pas : en effet, les circonstances ne sont plus ici les mêmes. Durant le premier degré de l'asphyxie, il existe dans les fonctions un trouble plus ou moins grand, mais qui diminuera avec la cause qui l'a produit, et qui bientôt cessera complètement avec elle, si l'on soustrait à l'action de cette dernière l'individu qui y est soumis : dans l'asphyxie complète, au contraire, vous aurez beau faire disparaître la cause asphyxiante, si vous ne cherchez pas à rappeler la vie par une stimulation énergique, une mort réelle ne tardera pas à remplacer celle qui n'était encore qu'apparente.

Mais lorsqu'on est parvenu à réveiller les mouvemens de la respiration, doit-on continuer d'exposer l'asphyxié à l'action d'un air vif et pénétrant? En raisonnant par analogie, je ne serai pas disposé à le conseiller. Nous avons vu précédemment quelles violentes secousses imprimait à l'économie toute entière le brusque changement du fluide avec lequel les poumons sont en contact; sera-t-il donc prudent de laisser le malade exposé aux suites funestes qui peuvent résulter de cet ébranlement, dans un moment où la vie tient à si peu de choses? Pour moi, il me semble plus rationnel, lorsqu'on ne peut plus douter du réveil des fonctions organiques, d'activer avec mesure l'action des poumons par l'inspiration d'un air graduellement plus pur, que de leur imprimer tout-à-coup une violente stimulation.

Je terminerai ces réflexions par l'observation suivante :

Dans l'hiver de 1825, et par un froid assez vif, je sortais de chez M. G....., propriétaire de la belle manufacture de fayence établie en cette ville, lorsque je fus attiré par les cris des ouvriers vers une étuve fortement chauffée, et destinée à sécher rapidement certains produits de l'usine. L'individu chargé du soin de cette étuve s'y était endormi, et on venait de l'y trouver dans un état

qui le faisait considérer comme mort. Je m'approchai rapidement, et je vis en effet un homme de 20 à 25 ans, complètement asphyxié : chaleur considérable de la surface du corps, résolution des membres, face bouffie et légèrement violette, yeux ouverts et fixes, pupilles dilatées, absence complète de tous les phénomènes appréciables de la respiration et de la circulation, tel était l'état de ce jeune homme, qu'on avait déjà transporté dans un atelier voisin dont la température était peu élevée au-dessus de celle de l'air extérieur. Remarquant que, après avoir passé au plus un quart d'heure à faire des frictions et des aspersions avec l'eau vinaigrée froide sur la surface du corps, le malade donnait des signes non équivoques de retour à la vie, pensant qu'il serait infiniment mieux chez lui pour le reste des soins qu'il avait à recevoir, et ne mettant pas en doute, d'après les idées généralement reçues sur l'action du froid en pareil cas, que le court trajet à parcourir pour le transporter à sa demeure ne pourrait que concourir à son rétablissement, j'engageai ses camarades à se procurer un fauteuil, et à le conduire immédiatement chez lui, où je l'accompagnai. J'avoue que je ne fus pas peu surpris lorsqu'en arrivant, au lieu de l'amélioration que j'avais espérée de l'action d'un air très-vif et d'un doux balancement du corps, le tronc restant dans la position verticale, je m'aperçus que tout symptôme d'existence avait de nouveau disparu. En vain j'abaissai la température d'une chambre déjà très-froide, en faisant ouvrir la croisée devant laquelle le malade, presque complètement nu, était maintenu assis et la tête élevée par deux de ses camarades; j'employai plus de trois heures en stimulations de toute espèce avant qu'il fût rendu à la vie : frictions sèches et acidulées, chatouillement de la plante des pieds, des hypochondres et de l'intérieur du nez, tentatives d'inspiration de li-

queurs stimulantes, insufflation d'air dans la bouche, lavement irritant, phlébotomie, je tentai tout en vain; et ce ne fut qu'après ce long temps d'épreuves que l'ouverture de la veine, commençant à donner du sang, annonça le retour d'une existence dont les premiers instans se passèrent en mouvemens convulsifs violens.

MÉDECINE ÉTRANGÈRE.

An Essay on the operation of poisonous Agents upon the living Bodies. — *Essai sur la manière d'agir des agens délétères sur les corps vivans; par MM.* J. Morgan *et* Th. Adisson, *MM. DD. In-8.° Londres,* 1829.

C'est une opinion généralement admise par les toxicologistes, que les substances vénéneuses agissent sur l'économie animale, de l'une des deux manières suivantes: 1° en exerçant une action sur les extrémités sentantes des nerfs de la partie sur laquelle elles sont appliqués; impression transmise ensuite au cerveau, et de là à tous les autres organes; 2° en pénétrant dans les vaisseaux, en vertu de la force absorbante dont ils sont doués, et en se mêlant au sang qui, par un mouvement rapide les entraîne avec lui vers le cœur, d'où elles sont transportées, par le liquide circulant, au cerveau et aux autres organes sur lesquels elles agissent plus spécialement. Pendant long-temps on a cru que le nombre des poisons qui agissent directement sur le système nerveux était très-considérable; mais les recherches des physiologistes les plus distingués de ces derniers temps ont puissamment contribué à le diminuer; et l'on s'accorde aujourd'hui presque généralement à penser que les expériences de

MM. Brodie, Magendie et Barry, prouvent que la majeure partie des agens vénéneux agit sur l'économie par l'intermédiaire de la circulation, ou, comme on dit ordinairement, par absorption.

Malgré l'importance des travaux publiés depuis un certain nombre d'années, sur ce point de la science, travaux que l'on doit aux hommes les plus habiles, personne ne doute cependant qu'il ne reste encore beaucoup à faire pour donner aux doctrines toxicologiques une certitude et une stabilité telles qu'on puisse, en toute sûreté, en faire l'application à la pathologie. C'est ce que MM. Morgan et Adisson ont parfaitement senti, en choisissant un tel sujet pour leur début dans la carrière de la physiologie expérimentale; aussi, bien que nous ne partagions pas toujours leurs opinions, dirons-nous que nous pensons qu'ils ont rendu un véritable service à la science.

Les auteurs commencent leur mémoire par la définition du mot *poison*, qu'ils prennent dans son acception la plus étendue; car, par ce terme ils entendent : « Toute substance solide, liquide ou gazeuse qui produit dans l'économie animale une action morbide, » et ils posent ensuite la question qu'ils ont résolu de traiter. « Par quel moyen, par quel intermédiaire (*through what medium*), disent-ils, un poison détermine-t-il une action morbide dans le système vivant? »

Pour donner à nos lecteurs une idée générale de la manière dont MM. Morgan et Adisson ont traité cette question, nous dirons d'abord qu'ils essayent de renverser complètement la théorie de l'action des substances vénéneuses par l'intermédiaire de la circulation; qu'ils combattent vivement les conséquences que MM. Magendie et Barry, entre autres, ont tirées de leurs expériences; qu'ils cherchent à modifier notablement l'opinion reçue sur le

mode d'action directe des poisons sur le système nerveux, et qu'enfin ils substituent sur ce point une nouvelle théorie qui leur est propre : savoir que tous les poisons, quelle que soit leur nature, ne produisent d'action sur le cerveau et sur l'économie vivante, en général, que par l'intermédiaire des dernières extrémités des nerfs chargés de percevoir les sensations, et que lorsqu'ils paraissent agir par l'intermédiaire de la circulation, leur action ne s'exerce réellement que sur les ramifications nerveuses de la membrane interne des vaisseaux. Telle est, en résumé. la doctrine professée par les auteurs ; examinons maintenant les faits sur lesquels elle est basée.

Le mémoire dont il s'agit présente deux parties bien distinctes.

La première est consacrée entièrement à l'examen des travaux antérieurs, qui tendent à prouver que les poisons agissent par absorption. Les auteurs discutent la valeur des faits invoqués en faveur de cette opinion, et cherchent, par des objections qui ne sont pas toutes inattaquables, à renverser les conséquences qu'on a déduites de ces faits. Les argumens sur lesquels ils se fondent pour soutenir leur théorie et combattre leurs adversaires, sont généraux et spéciaux. Parmi les premiers, un de ceux sur lequel ils insistent le plus, c'est que : « Il est contraire à la marche ordinaire de la nature qu'elle ait à-la-fois deux manières différentes d'accomplir une même action, et d'arriver au même but. » Suivant eux, en effet, n'est-il pas bien plus rationel d'admettre que l'action toxique est, dans tous les cas, transmise au cerveau par l'intermédiaire des extrémités nerveuses, que de supposer que cela a lieu pour telle substance et non pour telle autre qui, pour agir, devra être portée au centre nerveux par le torrent de la circulation. A cette première raison qui, au premier abord, paraît assez spécieuse, mais à laquelle il ne serait

pas impossible de répondre, car les auteurs partent d'un principe qui, vrai en thèse générale, n'est peut être pas sans exception, ils ajoutent que non-seulement les poisons qu'on suppose agir par l'intermédiaire du sang produisent les mêmes effets que ceux qu'on suppose agir directement sur le système nerveux; mais encore qu'il y a une grande similitude entre les résultats sensibles des poisons, et ceux des autres agens morbifiques qui, de l'aveu de tout le monde ne peuvent être transportés par le sang. Ainsi le tétanos qui survient à la suite de certaines blessures ne diffère pas matériellement de celui que produit la noix vomique, surtout lorsque cette substance est administrée lentement, etc. Enfin la rapidité avec laquelle agissent certains poisons leur fournit encore un de leurs principaux argumens contre le système de l'absorption. Cette rapidité d'action est telle dans certains cas, que, suivant eux, il est physiquement impossible de s'en rendre raison, si l'on suppose que la substance vénéneuse a suivi la route tortueuse de la circulation; tandis qu'elle s'explique facilement par la transmission nerveuse seulement; c'est donc de cette manière qu'agit cette espèce de poisons. Ne pourrait-on pas répondre à cela, qu'en général on a beaucoup exagéré la promptitude avec laquelle agissent plusieurs corps délétères, et que d'ailleurs les expériences récentes du professeur E. Herring de Stuttgardt ont démontré qu'un intervalle de quelques secondes suffit pour qu'une substance absorbée dans un point quelconque du corps manifeste sa présence dans le sang de la partie la plus éloignée de ce point.

Passant ensuite à l'examen spécial des faits mis en avant par leurs devanciers, ils attaquent d'abord les conséquences que M. Brodie a tirées de ses expériences, desquelles d'ailleurs ils ne contestent pas l'exactitude. Ce physiologiste a observé que, lorsque la cuisse d'un animal est fortement

serrée circulairement par une ligature, à l'exception du nerf sciatique, les effets ordinaires du *Woorara*, déposé sur une plaie de la patte, ne se manifestent que lorsqu'on relâche la ligature de manière à ce que la circulation puisse se rétablir; et de là il conclut que ce poison n'agit que par absorption. A cela les auteurs répondent : 1.° que ce fait ne prouve rien, sinon que il est probablement indispensable que la circulation s'exécute régulièrement pour que les fonctions des nerfs puissent s'exercer; 2.° qu'il est possible que les nerfs du sentiment et du mouvement volontaire, qui, dans cette expérience, sont les seuls qui soient en même temps en contact avec la substance vénéneuse et en communication directe avec le cerveau; il est possible, disons-nous, que ces nerfs ne soient pas ceux qui ont pour fonction de recevoir et de transmettre les impressions de cette nature. Pour savoir à quoi s'en tenir sur la valeur de cette supposition, les auteurs ont fait l'expérience suivante : ils ont coupé la moelle épinière à un lapin, et lui ont ensuite inoculé dans la patte une certaine quantité d'acide prussique concentré. L'animal a succombé au bout de trois minutes, comme si la moelle épinière n'avait pas été divisée. Cette expérience prouve bien, suivant nous, que ce ne sont pas les nerfs du mouvement et du sentiment qui transmettent l'action toxique au centre nerveux; mais elle ne prouve pas que le poison n'y a pas été transporté par la voie de la circulation; trois minutes, en effet, sont plus que suffisantes pour un tel trajet.

Toutes les expériences de M. Magendie sur le point qui nous occupe peuvent se réduire, en dernière analyse, à une seule qui est devenue célèbre; c'est celle qui consiste à amputer la cuisse à un animal, en ménageant seulement l'artère et la veine fémorales; à couper ensuite les vaisseaux et à rétablir leur continuité avec un tube inerte,

un tuyau de plume, par exemple. Personne n'ignore que si l'on introduit alors dans la patte de l'animal un poison très actif, tel que l'upas-tieuté, les symptômes d'empoisonnement se manifestent aussi rapidement et avec la même violence que dans l'état ordinaire. Cette expérience qui, au premier abord, paraît concluante, ne prouve, selon MM. Morgan et Adisson, qu'une seule chose, l'introduction du poison dans les vaisseaux, ce qu'ils n'ont jamais prétendu nier; mais elle ne prouve rien contre leur manière de voir; car, disent-ils, le poison mêlé au sang ne tarde pas à franchir le tube inerte, et se trouve alors en contact avec la membrane interne du vaisseau, sur les nerfs de laquelle il produit son action, etc. Nous ne quitterons pas ce sujet, sans adresser un reproche aux auteurs; c'est de parler des expériences de M. Magendie avec un ton de doute et d'ironie qui n'ajoute rien à la force de leurs argumens, et qui devrait être banni de la critique scientifique. Nous ne suivrons pas les auteurs dans leur examen des expériences de M. Barry; nous dirons seulement qu'ils expliquent l'obstacle qu'apporte la ventouse à l'action du poison, par la paralysie des rameaux nerveux circonvoisins et par la suspension de la circulation que produit la pression des bords du récipient.

Dans la seconde partie de leur mémoire, MM. Morgan et Adisson développent leur doctrine sur la manière d'agir des poisons, et rapportent en détail les expériences qu'ils ont faites pour en démontrer l'exactitude. Ils soutiennent que toutes les substances délétères, quelle que soit leur nature, agissent en vertu d'une impression produite sur les extrémités sentantes des nerfs, laquelle est transmise au cerveau, et delà à tout le reste du corps par ces mêmes nerfs; et que lorsqu'un poison paraît exercer son action par l'intermédiaire du sang, comme il arrive lorsqu'il est

introduit dans une plaie, il n'agit réellement qu'en produisant une impression sur les nerfs de la membrane interne des veines. Voyons maintenant les principales expériences sur lesquelles les auteurs ont basé leur opinion.

Si, sur un chien, on applique deux ligatures temporaires sur la veine jugulaire, que l'on coupe ensuite le vaisseau entre ces ligatures, et qu'on fixe les deux bouts à chaque extrémité d'un tube de cuivre, préalablement rempli de *woorara*, la circulation se rétablit au moment où l'on enlève les ligatures; au bout de 45 secondes, les effets du poison deviennent manifestes, et deux minutes après, l'animal meurt. Ce résultat peut s'expliquer facilement par l'une ou par l'autre hypothèse, et les auteurs en conviennent; aussi ne l'ont-ils faite que pour terme de comparaison avec la suivante.

« On mit à nu la veine jugulaire, sur un chien de même taille et du même âge que le précédent; on l'isola des parties voisines dans une étendue d'environ trois pouces, et l'on appliqua des ligatures temporaires, comme dans l'expérience que nous avons rapportée; on fit alors, immédiatement au-dessus de la ligature inférieure, une petite ouverture aux parois de la veine par laquelle on introduisit dans son intérieur un morceau de tuyau de plume d'environ deux lignes de long, et contenant une quantité de *woorara* semblable à celle qu'on avait employée dans la première expérience. On plaça alors une ligature permanente au-dessus de l'ouverture faite aux parois du vaisseau, de manière à laisser entre elle et la ligature temporaire supérieure, dont nous avons parlé, un espace d'environ 2 pouces 3 quarts. Ainsi, cette portion de la veine contenait le poison; mais le contact de ce dernier avec les parois du vaisseau était empêché par le cylindre de plume qui le renfermait; et pour que ce contact pût avoir lieu, il fallait que le flot du sang l'en fît

sortir. Dans cet état des choses, on enleva la ligature temporaire placée au-dessus du tuyau de plume, pour que le sang vînt remplir cette partie de la veine jusqu'à la ligature permanente, et ainsi, baigner de toutes parts la substance vénéneuse.

« Maintenant, il est clair que le poison dissout dans le sang ne pouvait agir sur le système en général que par l'intermédiaire des vaisseaux (*vasa vasorum*) et des nerfs de la veine elle-même, puisque la ligature inférieure empêchait qu'il ne fût transporté au cœur, etc. Nous aurions donc dû obtenir, dans ce cas, un résultat à-peu-près semblable à celui qu'on obtient lorsqu'on met le poison en contact avec toute autre partie du corps dans laquelle il ne peut agir que par l'intermédiaire de l'absorption capillaire, c'est-à-dire un temps beaucoup plus long pour la manifestation des phénomènes de l'empoisonnement; car il faut bien se rappeler que la circulation était totalement interrompue dans le tronc de la veine jugulaire. Mais le contraire justement arriva : l'animal fut pris de convulsions au bout de cent-huit secondes après qu'on eut enlevé la ligature, absolument comme dans le cas précédent, et il expira au bout de trois minutes et un quart. Il est important de dire que le poison dont nous nous sommes servis dans ces deux expériences ne produisait jamais d'effet sensible sur les chiens qu'au bout de six minutes, quand on l'appliquait sur une plaie superficielle d'une partie quelconque du corps, et que, le plus souvent, la respiration ne cessait qu'après quinze à vingt minutes. »

Ces faits, suivant MM. Morgan et Addison, démontrent clairement qu'il n'est pas nécessaire que le poison soit transmis par le sang à l'organe encéphalique avant de produire son effet; et ils pensent qu'il est impossible de se rendre compte de ces phénomènes sans admettre que

l'action toxique de la substance vénéneuse consiste en une impression faite sur les nerfs de la membrane interne de la veine, impression transmise ensuite au centre cérébral par les cordons nerveux. La plus grande rapidité d'action du poison dans la première expérience s'explique par l'étendue plus grande de la surface avec laquelle il était en contact. Pour constater l'exactitude de cette déduction, les auteurs ont fait l'expérience suivante sur un chien de chasse. Après avoir placé deux ligatures temporaires sur l'artère carotide, ils coupèrent le vaisseau entre elles, et fixèrent les deux bouts sur chacune des extrémités d'un tube de cuivre contenant une certaine quantité de *woorara*, après quoi ils permirent au sang de reprendre son cours, en enlevant les ligatures. Les effets du poison se manifestèrent au bout de quarante-cinq secondes, et la respiration s'arrêta à la fin de la seconde minute. Cette expérience, répétée sur l'artère fémorale, fournit des résultats encore plus marqués; c'est-à-dire que le poison commença à agir après quarante secondes seulement, et que l'animal était mort en moins de deux minutes.

En comparant ces deux expériences avec celle que nous avons rapportée plus haut, il doit être évident, d'après les auteurs, que le poison n'a pu agir sur le cerveau par l'intermédiaire de la circulation; car, dans ce cas, on aurait dû observer une grande différence dans la rapidité des effets, en raison de la nature du vaisseau dans lequel il avait été introduit, et que, d'un autre côté, l'égalité des temps après lesquels les effets du poison se sont manifestés dans ces diverses expériences ne peut s'expliquer autrement que par une action directe sur les extrémités nerveuses des parois des vaisseaux.

Enfin, en raisonnant toujours dans l'hypothèse de nos auteurs, s'il est vrai que les poisons n'agissent qu'après

avoir été transportés au centre nerveux par le sang, ils devront produire leurs effets accoutumés si, à l'aide de la transfusion immédiate, l'on fait circuler le sang d'un animal empoisonné dans les vaisseaux d'un animal sain. C'est pour décider cette question que les auteurs ont entrepris les expériences délicates qu'il nous reste à examiner.

« Deux boule-dogues d'égale taille furent liés face à face sur une table, de manière à ce que leurs poitrines et leurs cous se trouvassent en contact. Dans cette position, les artères carotides correspondantes, c'est-à-dire la droite de l'un des chiens et la gauche de l'autre, furent mises à nu, des ligatures furent placées pour empêcher l'hémorrhagie, puis les vaisseaux furent coupés, et le bout supérieur de l'un mis en communication avec le bout inférieur de l'autre au moyen d'un tube de cuivre. On appliqua alors une certaine quantité de noix vomique dans une plaie faite au dos de celui des deux chiens auquel appartenait le bout supérieur de l'artère, à l'aide de laquelle la communication était établie. Les symptômes de l'empoisonnement se manifestèrent rapidement chez cet animal, et durèrent pendant quatorze minutes, tandis que l'autre n'en fournit pas le moindre signe, quoique, pendant tout le temps que dura l'expérience, on fut bien certain que le passage du sang de l'un à l'autre n'avait pas été un instant interrompu. Cette expérience fut répétée avec cette différence seulement, que la communication fut établie à l'aide des veines jugulaires, et que le poison fut inséré dans une plaie de la face; les résultats furent absolument semblables. Enfin, il en fut encore de même dans une troisième tentative, dans laquelle MM. Morgan et Adisson établirent une double communication entre les deux animaux, deux dogues d'une grande taille, en réunissant, à l'aide du tube de cuivre, le bout

supérieur de la carotide de l'un avec le bout inférieur du même vaisseau de l'autre, *et vice versâ.* »

En résumé, les premières expériences que nous avons rapportées nous semblent assez concluantes. On pourrait cependant leur objecter que les parois des vaisseaux sont perméables et susceptibles d'absorption comme tous les autres tissus, qu'ainsi le poison pouvait y être absorbé et reporté dans d'autres parties du système vasculaire, et que la rapidité d'action de la substance délétère, dans ces cas, ne saurait être un argument sans réplique, attendu la vitesse avec laquelle la circulation transporte certaines substances d'un point à un autre du corps, comme le prouvent directement les expériences du professeur Hering (1). Quant aux dernières, elles ne prouvent, selon nous, qu'une seule chose : c'est que la quantité du corps vénéneux, portée par le sang de l'animal empoisonné dans les vaisseaux de l'autre, était trop faible pour produire des effets sensibles ; et, d'ailleurs, n'aurait-il pas été nécessaire de constater, dans ce liquide, chez l'un et l'autre animal comparativement, la présence de la substance délétère, à l'aide de l'analyse chimique.

Nouvelles observations pratiques démontrant l'efficacité du tartrate de potasse dans le traitement de la teigne muqueuse de la face (porrigo larvalis, *Willan*) *; par le docteur* G. B. Jemina, *de Mondovi* (2).

Au commencement de l'année 1817, je communiquai au savant Brugnatelli quelques observations qui tendaient à prouver l'efficacité du tartrate de potasse contre la teigne muqueuse de la face : elles furent insérées dans le

(1) Voy. *Archiv. géu. de Méd.*, tome XVIII, page 84.
(2) *Annali universali di Med.*, Numéro de juillet 1829.

Journal de physique et de chimie dont il était le rédacteur (1). Depuis cette époque, j'ai eu de nombreuses occasions de constater les avantages réels de ce médicament dans le traitement de cette affection de la peau, si commune chez les enfans. Chez tous ceux auxquels je l'ai fait administrer, j'ai vu, sans exception, la maladie éprouver plus ou moins rapidement de l'amélioration, et guérir complètement. Je sais bien qu'un médecin de Florence, le docteur Gaetano Calugi, n'a pas obtenu les mêmes résultats, et que ses observations semblent infirmer la valeur des miennes. Sans rechercher quelles peuvent être les causes de cette différence, je me contenterai de rapporter les faits suivans qui décideront la question beaucoup mieux que tous les argumens que je pourrais employer pour appuyer mon opinion.

Obs. I.re — Antoine C., âgé d'un an, était affecté depuis plus de quatre mois, d'une teigne muqueuse de la face. Les croûtes recouvraient la totalité du front, la plus grande partie de la joue gauche, et plusieurs existaient sur la joue et l'épaule droite. On avait déjà mis en usage différens moyens curatifs, mais sans succès. Je fis prendre à la mère, qui allaitait encore son enfant, le tartrate de potasse à la dose d'un drachme dans une livre de décoction de chiendent sucrée, à prendre dans la journée (quelquefois je fais prendre la dose double). Dans l'espace de vingt jours l'état de l'enfant était singulièrement amélioré, et quarante jours n'étaient pas écoulés depuis que l'administration du sel était commencée, que la guérison était parfaite.

Obs. II.e — Deux ans après, j'eus à traiter de la même affection le frère de l'enfant dont je viens de parler. Les groupes de pustules n'étaient pas aussi nombreux ni aussi

---

(1) Tome X, *bimestre* 2.°, pag. 106. — Pavie, 1817.

larges. Leur développement ne datait pas d'aussi long-temps. Il ne fut pas necessaire de prolonger autant l'usage du médicament; trois semaines suffirent pour faire disparaître entièrement toutes les croûtes qui existaient.

*Obs. III.*e — Joseph A., âgé d'un an environ, et d'une bonne constitution, était affecté depuis trois mois d'une teigne muqueuse qui avait produit des croûtes épaisses, jaunâtres, sur le front et les joues : il y avait en même temps un prurit continuel que l'enfant cherchait à chaque instant à calmer en portant ses mains à la figure. Beaucoup de moyens avaient été mis en usage sans aucun avantage. Je fis prendre le tartrate de potasse de la même manière que ci-dessus : sous l'influence de ce traitement, l'amélioration fit des progrès journaliers, et au bout de vingt-cinq jours la guérison était complète.

*Obs. IV*e. — Paul M. fut atteint à l'âge de sept mois, d'une teigne muqueuse dont le développement était accompagné de beaucoup de douleurs. Indépendamment du front, dont toute la surface était recouverte de croûtes jaunâtres qui laissaient transsuder une matière visqueuse et jaune, plusieurs groupes de pustules étaient apparus sur les joues et le menton. Le tartrate de potasse fut administré à la mère qui allaitait l'enfant, et en quelques semaines l'inflammation de la peau était disparue, sans que l'usage du médicament eût causé la moindre incommodité à la mère et à son nourrisson.

*Obs. V.*e — Marie T., ayant beaucoup d'embonpoint, avait depuis quatre mois toute la face, à l'exception des paupières, recouverte de croûtes épaisses, humides, et desquelles suintait une humeur glutineuse très-fétide. L'enfant était tourmenté par un prurit extrêmement vif, et cherchait continuellement à se gratter le visage, soit avec les mains, soit en se frottant contre la personne qui le portait dans ses bras. Dès que je fus appelé, je fis ad-

ministrer à la nourrice le tartrate de potasse, dont l'usage ne tarda pas à procurer une amélioration très-grande dans l'état de la petite malade. Ce médicament n'était pas pris par la nourrice depuis un mois, que l'enfant se trouvait parfaitement guéri.

Obs. VI.° — Joseph B. souffrait depuis six mois de pustules nombreuses développées à la face. Les croûtes restaient toujours les mêmes malgré les moyens très-variés qu'on avait mis en usage; on avait surtout insisté sur la *centaurea jacea*. Je conseillai de faire prendre à la mère, qui allaitait son enfant, la dose indiquée de tartrate de potasse. L'emploi de ce sel médicamenteux continué pendant un mois amena une guérison qui ne s'est pas démentie.

Obs. VII.° — Félix C. était depuis plusieurs mois affecté de teigne muqueuse sans que ses parens eussent cherché à combattre cette maladie par quelque moyen que ce fût ; je vis par hasard cet enfant en passant devant leur habitation. Toute la face, ainsi que les paupières, était recouverte d'une croûte épaisse qui formait un masque d'une teinte jaunâtre ; un prurit très-vif existait presque constamment au-dessous de cette couche de pus concret, et donnait lieu à des démangeaisons que l'enfant cherchait à appaiser en se grattant jusqu'au sang. Les paupières n'étaient pas seulement tapissées par une croûte inégale et dure, elles étaient en outre tellement tuméfiées que l'enfant ne pouvait aucunement les entr'ouvrir, et quand il y parvenait elles laissaient suinter un liquide blanc-jaunâtre et puriforme. Je conseillai immédiatement l'usage du tartrate de potasse à la dose de deux drachmes par jour, tout en prévenant les parens que leur enfant courait les risques de perdre la vue. J'ai appris que la teigne muqueuse était en grande partie disparue après quelques semaines, mais que l'opacité de la cornée

des deux yeux avait causé une cécité dont on ne pouvait prévoir le terme.

Obs. VIII.[e] Jean S. était affecté depuis plus de six mois, d'une teigne muqueuse de la face qui avait couvert le front et les joues de croûtes épaisses ; il y en avait également sur les paupières de l'œil gauche, qui étaient très-gonflées, et ne pouvaient s'entr'ouvrir de manière à laisser voir l'œil. Un suintement puriforme s'écoulait le long des cils rapprochés. Le tartrate de potasse administré comme précédemment, fut bientôt suivi de la chute des croûtes et de la guérison de la teigne, mais l'enfant perdit la vue du côté gauche, par suite de l'opacité de la cornée que rien ne put faire disparaître depuis.

Obs. IX.[e] Joseph M. souffrait depuis plusieurs mois de la maladie dont il s'agit, et elle était accompagnée de beaucoup de douleur. Elle fut de même arrêtée dans ses progrès, et guérie complètement par l'usage du tartrate de potasse; mais l'œil qui avait été affecté, comme chez le sujet de l'observation précédente, ne revint pas à son état naturel, et l'enfant resta aveugle de l'œil gauche.

Je connais plusieurs enfans chez lesquels la cécité est ainsi survenue à la suite d'une teigne de la face trop longtemps négligée; ce fait, qui est positif, m'empêche de concevoir comment des auteurs très-recommandables et Bertrandi entr'autres, tout en reconnaissant que les croûtes développées sur les paupières, dans cette maladie, empêchent souvent, par leur épaisseur et par leur dureté, les yeux de s'ouvrir, affirment en même temps qu'il n'y a d'ailleurs pas à craindre que l'inflammation se propage aux yeux, de manière à entraîner la perte de la vue. Les observations que je viens de rapporter prouvent évidemment le contraire, et montrent aussi qu'on ne doit pas, ainsi qu'on le conseille, abandonner cette maladie à elle-même, et attendre la guérison de la nature.

Obs. Xe Joseph M., âgé de 11 mois, avait le menton, les joues, et tout le front couvert de croûtes épaisses, qui formaient par leur rapprochement un masque à-peu-près complet. La maladie datait de six mois environ. Tous les moyens conseillés en pareil cas, et particulièrement la *centaurea jacea*, avaient été employés sans succès. La guérison fut opérée de la même manière par l'intermédiaire de la nourrice qui allaitait l'enfant, et à laquelle on fit prendre le tartrate de potasse pendant quelque temps.

Obs. XIe Vincent A. était affecté depuis plusieurs mois, d'une teigne muqueuse de la face, pour laquelle on avait fait prendre inutilement pendant plus d'un mois l'infusion de *centaurea jacea* : je conseillai immédiatement l'usage du tartrate de potasse, et ses effets surpassèrent mon attente. Peu de semaines suffirent pour que la guérison fût complète, et la santé de l'enfant devint plus brillante qu'elle n'avait encore été.

Obs. XIIe Jean C. était atteint depuis trois mois de la maladie dont il s'agit. Le front et une grande partie des joues étaient recouverts de croûtes épaisses et jaunâtres ; quelques grouppes de pustules, et consécutivement des croûtes, s'étaient étendus jusque sur la poitrine. L'administration non interrompue du tartrate de potasse pendant quarante jours fit disparaître entièrement cette affection de la peau, et depuis elle n'est plus reparue.

A ces observations je pourrais en ajouter encore beaucoup d'autres, mais l'exposition en deviendrait fastidieuse par l'uniformité des détails de chacune d'elles ; les exemples que je viens de rapporter suffiront pour faire apprécier la valeur du médicament que j'emploie depuis plus de douze années avec les plus grands avantages. Cependant je dois ajouter que dans quelques cas, lorsque la teigne muqueuse de la face, n'est pas radicalement guérie avant que l'enfant soit sévré du sein de sa mère, cette

inflammation cutanée peut continuer de le faire souffrir au-delà de l'époque où la première dentition est terminée. Il faut alôrs ne pas interrompre l'administration du médicament qui n'en agit pas moins de manière à effectuer la guérison.

REVUE GÉNÉRALE.

Pathologie.

Abcès phlegmoneux dans le corps strié gauche ; inflammation aigue des deux surfaces ventriculaires ; méningite, sans symptomes dits cérébraux. — Un journalier, âgé de 50 ans, fortement constitué, éprouvait, depuis quinze jours, une céphalalgie continue occupant surtout le côté gauche de la tête ; il n'avait cependant pas cessé de travailler et de manger comme de coutume. Il entra à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Landry, N.° 25, le 14 novembre dernier. Son air et sa démarche n'offraient rien d'extraordinaire, et faisaient douter de sa maladie. Il se promène dans la salle, mange assez bien, se plaint de ne pouvoir dormir et d'être constipé. Le 15 (*saignée du bras le matin ; boissons laxatives*, *lavement*). Dans la soirée, le mal de tête augmente, et le malade se plaint beaucoup. (*Potion calmante pour la nuit.*) Le 17, persistance des douleurs de tête. (25 *sangsues à l'anus*). Dans la nuit, vomissemens bilieux ; le lendemain le malade gémit sans cesse. (20 *sangsues derrière les oreilles.*) Aucun soulagement. Cependant les membres conservent leur mobilité, ils sont sensibles comme de coutume ; mais les douleurs que causent les moindres mouvemens tiennent le malade dans le repos. Depuis lors les boissons sont rejetées par le vomissement ; la diarrhée s'est montrée un jour, mais elle n'a pas reparu, et le ventre a toujours été serré. Le 22, on met de la glace sur la tête, puis des compresses d'oxycrat, des sinapismes aux pieds, des cataplasmes chauds sur le ventre. Les souffrances ne diminuent pas ; les paupières sont abaissées, mais le malade les relève à volonté ; son immobilité est volontaire, et tous les muscles conservent leur action, ce dont on s'assure chaque jour. La face est régulière, la langue sort de la bouche sans se dévier ; la parole est faible, mais nettement articulée. Le moindre mouvement imprimé à la tête arrache des cris aigus au patient. Du reste, ses gémissemens sont continuels. On lui avait fait observer jusques-là une diète assez sévère.

cause principale de la formation des enduits variés dont la langue et les dents peuvent se montrer recouvertes, n'est autre que la dessiccation à des degrés divers des fluides qui les lubrifient. Il ajoute à cette cause, comme contribuant à déterminer telle ou telle coloration de ces enduits, la nature de la salive et du mucus buccal, qui correspond à celle du sang, et conserve quelques-uns des élémens qui se rencontrent dans ce liquide. Ainsi, dans les maladies du foie tous les tissus solides sont colorés en jaune; quelques fluides, tels que l'urine et la sueur sont dans le même cas : il est probable qu'alors la salive et le mucus contiennent une petite proportion de cette matière colorante qui, accumulée sur la langue, lui donne la teinte qu'elle présente dans ce cas. Du reste, l'abstinence suffit pour amener, en très-peu de temps, la formation des enduits dont il est ici question, et l'usage des alimens les fait disparaître en moins de temps encore. (*Journ. hebd. de Méd.*, N.° 60.)

HERNIE INGUINALE INTERNE OFFRANT LES CARACTÈRES EXTÉRIEURS D'UNE HERNIE CRURALE. — Une femme de 60 ans portait, depuis long-temps, une hernie peu volumineuse du côté droit, qu'elle réduisait à volonté, et pour laquelle elle ne portait point de bandage. Le 2 décembre, elle fut prise de violentes coliques, avec vomissemens répétés. Ces accidens allèrent toujours en augmentant, et la malade fut transportée à la Charité, le 6 au matin. M. Roux reconnut un étranglement, et procéda immédiatement à l'opération. Une incision de deux pouces mit le sac à découvert; celui-ci fut ouvert avec les précautions d'usage, et l'on découvrit une anse d'intestin grêle, qui avait contracté quelques adhérences avec le sac au moyen d'exsudations plastiques récentes que l'on détruisit facilement. L'intestin, retiré doucement au-dehors, n'adhérait nullement au col du sac; mais il était parsemé de points rouges inflammatoires. On débrida en dedans (on croyait inciser sur le ligament de Gimbernat); en rasant la branche horizontale du pubis, au moyen d'un bistouri boutonné, glissé sur la sonde cannelée; enfin, la hernie fut réduite, et l'opération terminée avec toute l'habileté possible. Un léger purgatif fut administré aussitôt, et les selles reprirent leur cours naturel. Le lendemain 7, l'abdomen offrait un peu d'empâtement, la malade avait peu de fièvre. (*Potion avec deux onces et demie d'huile de ricin, un gros de sirop de chicorée, eau de fleurs d'orange.*) Le 8 au soir, les accidens reprennent une nouvelle intensité. Le 9, douleur très-vive dans l'abdomen qui ne peut supporter la moindre pression; pouls petit, fréquent. Point de vomissemens. (*Bain, fomentations avec l'eau de guimauve et de pavot.*) Le 10, l'état de la malade paraît beaucoup meilleur; abdomen moins sensible, fréquentes émissions de gaz; plaie en fort bon état. Le 11, ventre douloureux mais peu tendu, vomis-

semens porracés, grisâtres, dypsnée, pouls petit et fréquent. La mort arriva dans la nuit le 6.e jour après l'opération.

Autopsie 30 heures après la mort. — La plaie extérieure est en suppuration, le fond en est occupé par les débris noirâtres du sac : le doigt pénètre directement et facilement dans l'abdomen. En cherchant le ligament de Gimbernat, on rencontre le pilier inférieur de l'anneau inguinal, au-dessous et en dehors duquel se trouvent le ligament que l'on cherche et le canal crural parfaitement intacts ; le débridement a porté sur le pilier interne de l'anneau inguinal. L'abdomen ouvert, le paquet intestinal se montre généralement rosé, la portion plongée dans le bassin est plus rouge, brune dans quelques points, et baigne dans un peu de sérosité floconneuse dans laquelle on distingue des particules de matières fécales. La partie qui avait formé hernie est rouge, brune, gangrénée ; sur une des plaques mortifiées apparaît une ouverture du diamètre d'un pois, autour de laquelle le péritoine est comme ulcéré. En examinant l'orifice interne du col du sac, on trouve le péritoine froncé dans son contour ; à plus d'un pouce *en-dehors* rampe l'artère épigastrique. Ainsi c'était une hernie de celles que Hesselbach nomme *inguinales internes*. (*La Lancette*, t. II, N.° 76.)

De l'étranglement du cordon testiculaire dans le canal inguinal; *par M. N. N.* — Un homme de 43 ans, voulant mettre fin à ses jours, s'enleva le testicule droit d'un coup de rasoir, et se frappa à la gorge avec le même instrument. Porté à l'hôpital Beaujon, il fut saigné le second jour, et fut dans un état assez satisfaisant jusqu'au 8.e Le 9.e jour, agitation, pouls fréquent (90 puls.), petit; peau chaude et couverte d'une sueur visqueuse ; yeux rouges et animés ; ventre légèrement météorisé ; pas de selles depuis vingt-quatre heures ; au contraire, nausées, vomissemens bilieux. Le malade, retenu par la camisole, cherche continuellement à porter la main vers l'aine droite. Il existe dans cette partie une tuméfaction ovoïde dirigée obliquement suivant le trajet du canal inguinal ; la moindre pression y cause une vive douleur, et fait suinter, par la plaie, un liquide purulent. Le 10.e jour, insomnie comme la veille ; les vomissemens et les autres symptômes persistent avec la même intensité ; du pus s'écoule en plus grande abondance le long du cordon. On glisse alors un stylet cannelé sur le point d'où l'on voit sourdre la matière purulente ; il pénètre en haut et en dehors jusqu'au milieu du canal inguinal, et sert à conduire un bistouri avec lequel on pratique une incision depuis la plaie jusqu'au lieu indiqué. Du pus s'écoule aussitôt au-dehors, et le cordon testiculaire tuméfié paraît se dilater par une véritable expansion. Dès-lors les vomissemens et les nausées cessèrent. Le malade eut une selle abondante, et depuis

lors les deux plaies, celle du cou et de l'aine, marchèrent régulièrement vers la cicatrisation. A la suite de cette observation, M. N. N. en rapporte une autre qui est fort curieuse, mais à laquelle il manque l'examen anatomique, qui seul aurait pu démontrer que la cause des accidens était absolument la même que dans le cas précédent.

Un homme du monde portait depuis long-temps une hernie inguinale, qu'il contenait exactement par un bandage, lorsque tout-à-coup il fut pris de douleurs abdominales, de nausées, de vomissemens, de constipation, et de tous les autres symptômes de l'étranglement. En même temps tuméfaction dure, irréductible et douloureuse dans la région de la hernie. Un des professeurs les plus habiles de la Faculté de Médecine fut appelé, et prononça hardiment que la hernie, mal contenue par le bandage, s'était échappée, et qu'elle avait subi un étranglement de la part de l'anneau rétréci par le long usage du brayer. Les bains, la saignée, les topiques émolliens, les lavemens émolliens et narcotiques ayant été vainement mis en usage, un des chirurgiens les plus expérimentés fut appelé en consultation; son avis fut le même que celui du premier, et l'opération fut résolue comme seul moyen de salut. Elle fut pratiquée avec habileté, mais le bistouri arriva jusqu'à l'anneau inguinal et jusqu'au cordon testiculaire sans trouver de hernie. Le cordon seul est gonflé et paraît le siége d'une vive inflammation. *L'anneau n'est point débridé*, le malade est pansé aussitôt et replacé dans son lit. Les accidens marchèrent avec une intensité toujours croissante, et le malade succomba. Malheureusement on ne fit point l'autopsie. (*Journ. Hebd.*, N.° 62.)

ALTÉRATION REMARQUABLE DES DEUX ARTICULATIONS SCAPULO-HUMÉRALES CHEZ LE MÊME SUJET, *par le docteur Ollivier (d'Angers)*. — Sur le cadavre d'un homme de 60 ans environ, dont je ne connaissais aucunement l'état antérieur, j'ai observé les altérations suivantes: dans les articulations scapulo-humérales droite et gauche, les cartilages diarthrodiaux des deux articulations acromio-claviculaires étaient inégalement bosselés, et présentaient des espèces de végétations fibro-cartilagineuses, dont une entre autres, dans celle du côté droit, avait usé peu à peu et perforé la capsule fibreuse de cette articulation à sa partie inférieure, et pénétrait dans la cavité de l'articulation scapulo-humérale, laquelle offrait des deux côtés la disposition que je vais décrire. Le tendon de chaque muscle sus-épineux ne se fixait point à la partie supérieure de la grosse tubérosité de l'humérus. La partie de cette tubérosité à laquelle s'attache ordinairement ce tendon, offrait dans l'étendue d'un pouce de longueur environ et de quatre à cinq lignes de largeur, une surface

lisse, très-polie, luisante, qui, au premier aspect, paraissait encroûtée de cartilage, mais qui devait cette apparence à l'état éburné de la surface de l'os; cette partie de la tubérosité de l'humérus frottait contre la face inférieure de l'acromion qui faisait partie de la cavité scapulo-humérale, et qui offrait le même aspect que la grosse tubérosité : sa surface était de même éburnée. La capsule cellulo-fibreuse de l'articulation de l'humérus s'étendait du contour de la cavité glénoïde à la circonférence de cette facette accidentelle de l'acromion, et s'insérait d'autre part en dehors de la grosse tubérosité de l'humérus, ensorte que cette tubérosité se trouvait ainsi contenue dans l'intérieur de la capsule et faisait partie des surfaces articulaires maintenues en contiguité. Le tendon de chaque muscle sus-épineux s'amincissait graduellement, et se confondait avec les fibres ligamenteuses qui concourent à affermir la capsule articulaire; en sorte que ce muscle n'avait plus d'action sur l'humérus.

Les deux articulations scapulo-humérales présentaient exactement la même altération; de plus, la membrane synoviale de celle du côté droit avait cette teinte d'un gris-noirâtre qu'on observe assez souvent sur le péritoine à la suite de la péritonite chronique. Quelle peut avoir été la cause première de ce changement particulier, et très-probablement simultané, dans les deux articulations? Quelle modification en résultait-il dans les mouvemens des bras? Un rhumatisme articulaire a-t-il été l'origine de l'altération qui a déterminé la séparation des tendons de chaque muscle sus-épineux : je crois que cette altération résultait d'une inflammation chronique de ces articulations. J'ai inutilement cherché des renseignemens sur le sujet de cette observation; je n'ai pas même pu savoir de quel hôpital il avait été apporté dans l'amphithéâtre. N'y a-t-il pas quelqu'analogie entre cette altération et celle qu'on a observée dans les deux articulations coxo-fémorales du sujet de l'observation suivante? J'ignore s'il existait pendant la vie un raccourcissement notable des bras, c'est-à-dire une distance moindre entre le coude et le moignon de l'épaule par suite de l'élévation de l'humérus qui était toujours en contact avec la face inférieure de l'acromion.

Luxation originelle des deux fémurs, examen cadavérique. — *Par le docteur Caillard jeune.* — Castel, Jean-Baptiste, âgé de 74 ans, était affecté depuis long-temps d'un catarrhe vésical lorsqu'il entra à l'Hôtel-Dieu de Paris pour y être traité d'une rétention d'urine et d'abcès urineux, le 23 février 1828. Cet homme, de petite taille, maigre, était surtout remarquable par le peu de longueur de ses cuisses, l'élévation de ses deux trochanters, leur saillie sous la peau, leur éloignement de l'os des îles suivant le diamètre transverse et leur rapprochement de la crête iliaque. Les fesses, complètement

aplaties, flasques, offraient leur plus grande étendue d'un côté à l'autre : le pli qui les sépare de la cuisse était plus élevé qu'à l'ordinaire. Ce vieillard, dont on avait pu observer la marche avant que son état ne s'aggravât, présentait tous les signes de la luxation en haut et en dehors des deux côtés : la pointe du pied était tournée en dedans ainsi que tout le membre; impossibilité d'éloigner un membre de l'autre; les adducteurs formaient une saillie très-prononcée au-dessous de la peau; amaigrissement du membre dans le reste de son étendue; exiguité des cuisses par rapport à la stature et à la longueur des jambes; saillie de l'abdomen; la tête portée en arrière ainsi que les épaules pour contre-balancer le poids du tronc; grande difficulté de fléchir la cuisse sur le bassin, difficulté qui nuit à la progression, et que Castel diminuait en portant le corps très-en arrière en s'appuyant sur le membre opposé, afin d'éloigner autant qu'il le pouvait les attaches des muscles fléchisseurs de la cuisse; l'arc de cercle en dehors pour transporter le membre détaché du sol sur un autre point; le bout du pied portant le premier afin de se fixer au moyen des orteils.

Ce malade, interrogé avec soin par M. Dupuytren, dit bien avoir fait une chute dans son enfance, mais déjà et de tout temps il était affecté de cette infirmité. Il racontait que dès sa plus tendre enfance il essuyait les sarcasmes de ses camarades au sujet de sa démarche en dandinant. Un chirurgien, le P. Potentia, à la Rochelle, consulté par son père, lui répondit que son fils était né mal conformé. Divers renseignemens pris sur ce vieillard confirmèrent ce qu'il avait dit. Le malade étant mort à la suite des abcès urineux dont il était affecté, l'examen du cadavre donna lieu aux observations suivantes.

Le grand fessier était extrêmement aminci; ses fibres étaient écartées, séparées par du tissu adipeux presque liquide : quelques mouvemens qu'on imprimât aux fémurs, en les faisant tourner en dedans ou en dehors, on ne tendait pas les fibres de ce muscle; le petit fessier était presque entièrement disparu, refoulé en haut du côté gauche seulement par une bourse fibreuse dont il sera question plus bas, et du côté droit par le rebord épais de la cavité anormale. Le moyen fessier avait seul conservé sa force et son volume, et contrastait singulièrement avec les précédens par sa coloration et son épaisseur : son attache supérieure était marquée par des rugosités osseuses très-prononcées qui en augmentaient la solidité. Les autres muscles étaient obliques de bas en haut et de dedans en dehors, surtout le carré dont l'insertion externe était bien plus élevée que l'interne par suite de l'ascension du fémur. Les psoas et iliaques se dirigeaient conséquemment obliquement en dehors, puis en arrière et en haut pour aller s'insérer au petit trochanter.

Les os des îles étaient fortement convexes en dehors, leur crête contournée en dedans; les fosses iliaques très-profondes et formées par un feuillet osseux très-fragile. Le diamètre sacro-pubien n'avait que deux pouces, le transversal neuf pouces, d'un trochanter à l'autre quatorze pouces. A gauche, la cavité cotyloïde était ovale, peu profonde, remplie par une substance huileuse, jaunâtre; cette cavité était remplacée par une dépression large, peu profonde, située dans la fosse iliaque externe au devant de l'échancrure sciatique : cette dépression, tapissée par un périoste épais, luisant, cartilaginiforme, était en rapport avec la tête du fémur, qui était diminuée de volume, un peu aplatie, sans trace d'insertion de ligament interne. Les rapports de ces os étaient maintenus par une capsule fibreuse, ayant la forme d'une bourse alongée, insérée aux bords inférieur et supérieur de l'ancienne cavité. Cette capsule permettait l'ascension de la tête dans le point indiqué : elle avait trois pouces de longueur; ses parois, presque cartilagineuses, avaient deux lignes d'épaisseur environ. Du côté droit, l'ancienne cavité cotyloïde était un peu plus grande, et remplie d'une substance huileuse semblable : elle était suppléée par une cavité profonde et large, à bords osseux inégaux, située au niveau de l'espace compris entre l'épine iliaque antérieure et supérieure et l'épine iliaque antérieure inférieure, devant le grand trou sciatique. La tête du fémur était plus volumineuse, moins déformée. La capsule articulaire s'insérait de même à la circonférence de l'ancienne cavité; mais à son autre extrémité elle s'attachait aussi aux rugosités osseuses qui formaient le rebord de la nouvelle cavité, et qui présentaient un point d'appui solide. A gauche, la force extrême de la bourse fibreuse bornait seule l'ascension du membre : à droite, la capsule était bien moins épaisse. Il existait un écartement d'un pouce au moins entre la dernière vertèbre lombaire et la facette articulaire correspondante du sacrum; ce qui s'explique par les mouvemens étendus que Castel exécutait dans la progression en portant alternativement le tronc en arrière et en avant. (*Dissert. sur les luxations originelles ou congénitales des fémurs; par Caillard-Billonnière*, Paris, 1828, in 4.°). Béclard avait observé ce singulier déplacement des cavités cotyloïdes, et il en rapportait la cause première à une inflammation chronique des articulations coxo-fémorales. (*Anatom. gén.*, page 541, 1.re édit.)

Hémorrhagies violentes produites par la rupture des varices des extrémités inférieures. — M. le docteur Rey fut appelé, il y a quelques mois, par le commissaire de police de son quartier, à l'effet de constater la cause de la mort d'un homme âgé d'environ cinquante ans. Cet homme était un paveur; surpris au milieu de son travail par une hémorrhagie à la jambe gauche, il avait succombé e

moins de dix minutes, malgré le tamponnement exercé sur la jambe au moyen de l'amadou. Le cadavre offrait la décoloration propre au genre de mort par hémorrhagie. Ayant découvert la jambe, le docteur Rey y trouva, sur la face interne, un peu au-dessous de sa partie moyenne, un ulcère variqueux de 10 à 12 lignes de diamètre, au centre duquel s'était ouverte une des veines superficielles fournies par la saphène.

Une femme enceinte pour la cinquième fois, au septième mois de sa grossesse, fit appeler M. le docteur Forestier, en toute hâte, pour arrêter une hémorrhagie, par laquelle, disait-on, elle perdait tout son sang. Le médecin, qui demeurait près de là, y accourut à l'instant même. La chambre était inondée du sang qui coulait à travers le bas de cette femme. Le bas enlevé, on vit le sang jaillir avec une violence extraordinaire par la rupture d'une varice de la saphène interne. Le doigt fut appliqué sur l'ouverture, et remplacé ensuite par une compression méthodique. La quantité de sang perdue par cette femme était énorme. La malade était dans un état de faiblesse extrême qui se prolongea une quinzaine de jours; il n'est pas douteux qu'elle n'eût succombé si les secours eussent été différés de quelques instans (*Journ. génér. de méd.*; novembre 1829, p. 206).

Thérapeutique.

Obs. sur l'usage interne et externe du chlorure de soude dans les maladies scrofuleuses; *par M. Godier, D.-M.* — *Obs.* I.re — Un enfant de deux ans, d'une constitution chétive et scrofuleuse, d'un caractère triste, habitant une rue sale et étroite, très-mal nourri, portait, depuis environ six mois, sur la partie latérale gauche du cou, une tumeur de la grosseur d'un œuf de pigeon, laquelle était évidemment le résultat d'un engorgement des ganglions cervicaux : le ventre était habituellement gros, et du dévoiement se manifestait de temps à autre; il y avait de la fièvre et de la somnolence. Le médecin ordonna l'application de quelques sangsues, et de cataplasmes faits avec la mie de pain et la décoction de houblon; la fièvre disparut, ainsi que la somnolence; mais la tumeur ne diminua pas du tout. Après avoir continué assez long-temps et sans plus de résultat, les mêmes moyens, M. Godier eut l'idée de faire frictionner la partie malade avec du cérat lavé avec le chlorure liquide d'oxyde de sodium, de M. Labarraque. Il fit en même temps prendre chaque jour deux tasses de décoction de houblon. Au bout de quelques jours la tumeur se ramollit; enfin elle diminua peu-à-peu, et finit par disparaître complètement au bout d'un mois environ.

Obs. II.e — Une demoiselle de seize ans, encore imparfaitement réglée, portait de chaque côté du cou un engorgement de la grosseur d'un œuf de poule, au-dessous duquel existaient d'un côté et d'autre plusieurs petits ganglions engorgés. Ces tumeurs n'étaient ni rouges, ni douloureuses. Dès leur apparition, la jeune personne avait pris à l'intérieur la teinture d'iode, et fait des frictions avec la pommade hydriodatée, ce qui n'avait point arrêté leur développement. Enfin, la langue devint rouge, l'estomac douloureux, et l'on fut obligé d'interrompre ce traitement. M. Godier fit couvrir le cou avec de la laine, et prendre pour boisson la décoction de houblon ; puis on suspendit toute médication pendant plusieurs mois. A part les tumeurs qui conservaient leur volume, la jeune demoiselle jouissait de la meilleure santé; sa figure était d'une fraîcheur éclatante, et toutes ses fonctions se faisaient à merveille, moins la menstruation. M. Godier fit alors frictionner les engorgemens avec le cérat chloruré, et la malade prit pour boisson habituelle le chlorure liquide de sodium, à la dose d'un gros chaque jour (1), étendu dans une pinte d'eau. Après huit jours de cette médication, l'engorgement diminua, et au bout d'un mois et demi, le plus volumineux des ganglions était réduit à la grosseur d'un haricot; les autres avaient presque complètement disparu. Le même traitement a été continué depuis, toujours avec avantage, et sans nul dérangement de la santé. Au contraire, l'appétit est vif, et la menstruation régulière ; la sécrétion urinaire est augmentée. M. Godier rapporte plusieurs autres observations analogues. (*Journ. gén. de Méd.*, novembre 1829.)

Tumeur carcinomateuse très volumineuse située a la tête, enlevée avec succès par la ligature ; — *par M. Gensoul, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon.* — Claudine Chanderet, âgée de 49 ans, d'un tempérament sanguin, bien constituée, entra à l'Hôtel-Dieu de Lyon, le 21 octobre 1828, pour une tumeur fongueuse, ulcérée et bosselée dans toute sa surface, pédiculée, ayant la forme d'un champignon et le volume de la tête d'un fœtus à terme, située sur la partie latérale de la tête, implantée à la réunion de la portion écailleuse du temporal avec le pariétal, près l'angle antérieur et inférieur de ce dernier os, et laissant suinter du sang et du pus dont l'odeur était très-infecte. Cette tumeur avait primitivement la forme et la

---

(1) C'est le chlorure de sodium de M. Labarraque, dont un gros représente environ six grains de chlore gazeux combiné avec neu grains de soude pure. M. Godier a reconnu que la dose qui vient d'être indiquée, peut être sans danger portée beaucoup plus haut.

grosseur d'un pois ; elle était mobile, dure, indolente, sans changement de couleur à la peau. La malade, ne ressentant aucune douleur à mesure que cette tumeur avait pris plus d'accroissement, elle s'en était peu occupée, quand enfin son augmentation plus rapide la détermina à se confier à un charlatan dont les topiques accrurent singulièrement la grosseur de la tumeur, sans toutefois la rendre plus douloureuse. Peu de temps après, un officier de santé, consulté par la malade, pratiqua une incision cruciale, qui n'eut d'autre effet que de causer une hémorrhagie considérable ; depuis lors des topiques de diverse nature avaient été employés sans succès. Les vingt premiers jours qui suivirent l'entrée de la malade à l'hôpital, des boissons adoucissantes à l'intérieur, le chlorure de chaux et un linge enduit de cérat pour pansement, furent les seuls moyens mis en usage.

La crainte extrême de la malade pour une opération à l'aide de l'instrument tranchant, détermina M. Gensoul à employer la ligature ; d'ailleurs, la nature de la tumeur, les hémorrhagies fréquentes qui avaient lieu, indiquaient aussi ce moyen, et le 15 novembre l'opération fut pratiquée de la manière suivante. La base de la tumeur fut entourée par l'anse d'un cordonnet de soie, et la constriction fut opérée à l'aide du barillet constricteur décrit dans l'observation suivante. Les douleurs furent assez violentes dans les premiers momens qui suivirent la constriction. On prescrivit les opiacés à l'extérieur et à l'intérieur. La ligature fut resserrée deux fois le jour même de l'opération. Le lendemain, on renouvela la constriction, et on l'a réitérée trois fois dans la journée. La tumeur qui était d'abord d'un rouge foncé, et qui avait augmenté de volume, prit une teinte noire, devint flasque, et la ligature, serrée deux fois chaque jour, fut suivie de la chute de la tumeur le 26 novembre. Dès-lors les douleurs qui avaient graduellement diminué cessèrent complètement ; une plaie arrondie de six pouces de circonférence occupa le point d'implantation de la tumeur, et sa cicatrisation fit journellement des progrès. Une imprudence de la malade entrava momentanément la marche vers la guérison, causa une érysipèle de la face accompagnée de symptômes gastriques et cérébraux. Ces accidens se calmèrent sous l'influence d'un traitement convenable ; la plaie diminua rapidement d'étendue, et la malade sortit de l'hôpital parfaitement guérie le 28 décembre 1828.

En considérant la base de la tumeur il eût été peut-être plus rationnel de lier isolément, en se servant d'aiguilles, deux ou trois portions de la tumeur en même temps ; sa chute ne se serait pas fait attendre aussi long-temps, les douleurs eussent été moins violentes, et l'on n'aurait eu aucun accident de plus à redouter. (*De l'Emploi de la Ligature pour opérer l'ablation de diverses tumeurs.* Dissert. inaug. de M. Perrod, de Lyon. Paris, 1829.)

Cancer de la langue, ligature partielle de cet organe suivie de guérison. — *Obs. par M. Gensoul, chirurgien en chef du grand Hôtel-Dieu de Lyon.* — Louise Colas, jardinière, âgée de 27 ans, d'un tempérament bilieux, à la suite d'écorchures réitérées de la langue déterminées par les bords aigus d'une dent cariée, ressentit des douleurs lancinantes dans cette partie. La plaie, résultant de ces déchirures répétées, se cicatrisa d'abord, mais peu-à-peu cette partie de la langue se tuméfia, et forma une tumeur ulcérée à son sommet. L'engorgement fit des progrès, les douleurs devinrent plus vives, l'ulcération s'étendit davantage, et le 15 juin 1828, la malade entra à l'Hôtel-Dieu de Lyon quatre mois environ après le début de la maladie. Il existait alors trois ulcérations arrondies, dont deux, plus grandes, occupaient le bord gauche de la langue, présentant dans leur fond une couche grisâtre et des bords pâles, arrondis, durs : ces ulcérations étaient très-rapprochées entre elles. En comprimant la langue suivant son épaisseur, on reconnaissait que la tumeur ulcérée s'étendait presque jusqu'au raphé : cette tumeur était tuberculeuse et d'une dureté carcinomateuse, s'étendant d'avant en arrière dans une longueur de deux pouces et demi, à partir de la pointe de la langue. Les parties environnantes étaient saines, les ganglions lymphatiques sous-maxillaires étaient à peine tuméfiés, la dent cariée, cause première de la maladie, ne présentait plus de bords tranchans, la gencive la recouvrait entièrement. Quelques douleurs lancinantes, passagères, survenaient à intervalles éloignés, de même que des hémorrhagies peu abondantes. Ces diverses circonstances semblaient indiquer que l'altération était circonscrite et, conséquemment, son ablation possible; M. Gensoul y procéda de la manière suivante le 28 juin.

La malade, assise sur une chaise, la tête renversée et appuyée sur la poitrine d'un aide, l'opérateur saisit la langue, la tira hors de la bouche, et la fit saisir par un aide qui la maintint un peu inclinée à droite. Avec une aiguille armée d'un fil de lin double, ciré et préalablement teint en noir dans une de ses moitiés, M. Gensoul traversa la langue de bas en haut à quelques lignes du raphé, environ à la réunion du tiers antérieur de la base de la tumeur avec ses deux tiers postérieurs. Ces deux fils passés, et d'une longueur suffisante en haut et en bas, on coupa l'extrémité de l'un, et on laissa l'autre enfilé à l'aiguille, avec laquelle on traversa de nouveau la langue, mais de haut en bas, de manière à embrasser dans l'anse du fil environ le tiers moyen de la base de la tumeur. Les deux extrémités du fil noir furent ramenées en devant pour entourer son tiers antérieur, on enfila ensuite sur eux les boulettes du constricteur, on les fit passer par les trous du cylindre, sur lequel on les noua, et on tourna ce dernier jusqu'à ce que la constriction fut jugée suffisante. Les deux extrémités

du fil blanc, destinées à étreindre la partie moyenne de la tumeur, furent réunies sous la face inférieure de la langue, et on les adapta au barillet constricteur, comme on vient de l'indiquer. La constriction opérée, les parties étreintes devinrent violettes, les ulcères laissèrent suinter une petite quantité de sang, et la malade éprouva alors quelques douleurs. On fixa les barillets de manière à ne leur laisser exercer aucune traction sur la langue. Les douleurs éprouvées pendant l'opération cessèrent presque immédiatement après. Les ligatures s'étant un peu relâchées au bout de cinq heures, on les resserra, ce qui ne causa que peu de douleur. Le lendemain, les parties liées étaient brunes, non fétides, les ligatures furent resserrées, et matin et soir on renouvella cette opération jusqu'au cinquième jour, époque à laquelle une des ligatures tomba avec la partie qu'elle comprenait. La deuxième ligature tomba la nuit suivante, et l'on découvrit alors une plaie couverte d'une couche putrilagineuse, noire d'abord, puis jaunâtre et puriforme. Pendant la durée de la constriction, on avait administré des calmans à l'intérieur, des gargarismes émolliens dans les premiers temps, et ensuite légèrement aromatisés, qui furent fréquemment répétés.

Trois jours après, on lia le tiers postérieur de la tumeur de la manière suivante : la malade placée comme on l'a déjà dit, sa langue tirée autant que possible et maintenue par un aide, l'opérateur entoura avec l'anse de fil d'un barillet tout monté la base de la portion à lier. Pendant qu'il tenait l'anse fixée sur cette base à l'aide du doigt indicateur de chaque main pour l'empêcher de glisser en avant, et pour étreindre le plus profondément possible, un aide tournait le cylindre du barillet et opérait la constriction. Celle-ci portée à un degré suffisant, on plaça convenablement l'instrument, on serra deux fois par jour la ligature, qui tomba le quatrième jour avec le reste de la tumeur. Les gargarismes avaient été de même continués. Le lendemain de la chute de la ligature, il y eut une légère hémorrhagie, qu'un gargarisme avec l'eau fraîche arrêta promptement. La plaie de la langue prit de jour en jour un plus bel aspect, devint de moins en moins douloureuse, et la malade sortit parfaitement guérie le 6 septembre suivant.

N. B. Dans la description de l'opération, il a été question d'un constricteur particulier pour serrer les ligatures ; comme tous nos lecteurs n'en connaissent peut-être pas bien la composition, nous allons la donner ici afin de rendre la description qui précède plus intelligible. Ce constricteur, inventé par Roderic, et perfectionné par Bouchet père et fils, chirurgiens en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, se compose : 1.° d'une série de petites boules plus ou moins nombreuses, placées à la file les unes des autres, percées dans leur centre.

d'un trou qui forme, par l'union de toutes les boules, un canal flexible et mobile donnant passage au lien doublé pour former l'anse. Ces boulettes sont d'ivoire, de corne ou d'ébène. La dernière, du côté de la partie qu'on doit lier, a été modifiée par M. Mayor de telle sorte, qu'elle empêche les boules de se désunir quand arrive la chute de la partie comprimée. Cette modification consiste dans la bifurcation de son canal, lequel s'ouvre par deux orifices distincts à la surface de la boule là où elle est en contact avec la partie liée. 2.° D'un tourniquet qui se compose lui-même d'un rouleau et d'un petit baril. Le rouleau est percé dans son centre pour le passage des deux extrémités de la ligature qu'on y fixe, et sur lequel elles se pelottent à mesure qu'on le tourne au moyen d'une petite manivelle située extérieurement à une de ses extrémités; à l'autre se trouve une roue crénelée sur laquelle se traîne un ressort qui empêche le rouleau de rétrograder en sens inverse de celui sur lequel on le fait tourner; le petit baril, dont chacun des fonds est percé à son centre d'un trou destiné à recevoir l'extrémité du rouleau auquel il sert de support. Le ventre de ce baril offre dans deux points opposés de son plus grand diamètre, deux autres ouvertures, dont l'une correspond à la première boulette taillée en bouchon, qui doit la fermer hermétiquement lorsque l'instrument est en action; l'ouverture opposée permet aux extrémités de la ligatnre de passer au-dehors pour pouvoir être liée, après avoir traversé les trous dont le milieu du rouleau est percé, et auquel on veut les fixer.

Cet instrument ainsi disposé, son mécanisme est facile à concevoir, car pendant qu'on tire les deux extrémités de la ligature en les pelotonant sur le rouleau, l'anse qui entoure la partie à étreindre se resserre, comprime ce qu'elle embrasse, et l'effort que fait la dernière boulette pour retenir la partie que l'anse étreint, est successivement transmise par chaque boule sur le baril lui-même qui en est l'aboutissant. (*De l'emploi de la ligature pour opérer l'ablation de diverses tumeurs; par J. F. Perrod, de Lyon.* Dissert. inaug. Paris (22 août) 1829. *Extrait.*)

Anus contre-nature guéri par la méthode de M. Dupuytren; *par M. Lallemand.*—Cyprien (Jean), pêcheur à Pérols, près Montpellier, âgé de 46 ans, était depuis 20 ans affecté d'une hernie scrotale du côté gauche qu'il ne contenait que depuis quelques années, à l'aide d'un mauvais bandage. Le 2 mai 1821, étant à la pêche, il ôta ce bandage; sa hernie acquit bientôt un volume considérable, il fit pendant deux heures de vaines tentatives de réduction; les accidens de l'étranglement survinrent, et le 4 mai au soir il fut opéré à l'hôpital Saint-Éloy, à Montpellier, par M. Delpech. Quoique l'anse d'intestin d'environ huit pouces, qui faisait hernie, fût ecchymo-

sée, d'une couleur brune, fortement injectée et recouverte d'une fausse membrane peu épaisse, le mésentère épais et dur, la réduction fut faite, après le débridement, et la plaie exactement réunie au moyen de neuf points de suture. Les jours suivans les symptômes furent sensiblement calmés, et il y eut même quelques selles; mais le 8, le 9 et le 10, les douleurs abdominales, l'écoulement de sérosité sanguinolente et de pus par la plaie, obligèrent à détruire les adhérences qui s'y étaient établies, et le 11 cette ouverture donna issue à une assez grande quantité de matières fécales. Un anus contre-nature était décidément établi; cependant une partie des selles suivait encore la voie naturelle. On essaya la compression, Cyprien ne put la supporter. Le premier septembre, lorsque M. Lallemand prit le service de l'hôpital, les choses étaient dans l'état suivant : la peau de la région inguinale, rouge, excoriée dans une grande étendue, très-sensible au toucher, formait des plis nombreux et épais en forme de rayons convergens à l'anus accidentel. L'ouverture anormale admettait à peine l'extrémité du petit doigt, et depuis son orifice extérieur jusqu'à la cavité de l'intestin, existait un trajet fistuleux formé par le canal inguinal revenu sur lui-même. Il fallut dilater ce trajet au moyen de l'éponge préparée, et l'emploi de ce moyen détermina plusieurs fois des accidens inflammatoires qui obligèrent à le suspendre. Il fut difficile de trouver le bout inférieur de l'intestin : les deux sondes employées à cette recherche s'engageaient toujours dans le supérieur; on réussit enfin. Alors furent placées l'une après l'autre les deux branches des pinces de M. Dupuytren. Réunies à la manière d'un forceps, elles présentaient à leur extrémité un écartement de deux pouces; elles furent rapprochées jusqu'à ce que le malade se plaignît d'une douleur un peu vive. On continua progressivement à serrer la vis jusqu'au troisième jour, les branches furent alors presque en contact l'une avec l'autre. Le cinquième jour, au matin, le malade, en s'éveillant, trouva les pinces à côtés de lui, et rendit une selle copieuse. Entre les mords des pinces, on trouva une membrane d'un brun-noirâtre tout-à-fait, sèche, de deux pouces de longueur sur trois lignes de largeur et de l'épaisseur d'une carte à jouer. A partir du quatorzième jour, il ne sortit plus rien par la fistule qui se rétrécit assez rapidement. Les bords en furent touchés avec la pierre infernale, et maintenus en contact. Au bout de 4 ou 5 jours ils étaient réunis par une fausse membrane; mais le malade ayant fait une chute la cicatrice se déchira. Quatre autres jours suffirent pour en procurer la réunion. Cyprien sortit guéri le 14 décembre. Il jouit depuis d'une santé parfaite, si ce n'est à la suite de quelques accidens causés par des imprudences, qui l'obligèrent à diverses époques d'entrer à l'hôpital

Des exercices très-pénibles et des violens efforts déterminèrent, dans tous ces cas, une tumeur dans l'aine, la formation de plusieurs fistules livrant passage à des matières fécales, mais on en obtint toujours la cicatrisation ; dans l'intervalle il n'eut d'autre incommodité qu'un léger suintement de matière muquense par l'orifice d'une fistule qui aurait à peine admis l'extrémité d'un stylet ordinaire. En 1828, Cyprien succomba à un gastro-entérite. L'autopsie faite le lendemain, montra les choses suivantes :

1° Dans la région inguinale gauche existait une ouverture fistuleuse oblique tapissée par une membrane muqueuse dont le fond se continuait avec un canal de capacité à admettre une plume de corbeau. Tout autour, dans une étendue de cinq à six lignes, était une cicatrice mince, luisante, sèche, à laquelle aboutissaient des rides de la peau du scrotum, de l'aine et de l'abdomen.

2.° A l'intérieur on trouva une portion de l'iléon adhérente à la région inguinale gauche par deux colonnes ; l'une de quatre lignes de long sur deux de large, continuait le canal de communication qui conduisait de la fistule à la cavité de l'intestin. Il était tapissé par un tissu muqueux et traversait le canal inguinal, lequel était fort court et presque direct. L'autre bride était grêle, fibreuse et pleine.

3.° Vers la valvule iléo-cœcale existaient beaucoup d'ulcérations ; elles allaient en diminuant dans l'iléon ; il en existait deux vers l'endroit où celui-ci communiquait avec la fistule extérieure, sitôt que le trajet fistuleux avait franchi l'anneau, il commençait à s'élargir en forme d'entonnoir et se confondait bientôt avec la cavité intestinale. L'intestin avait à-peu-près les mêmes dimensions vis-à-vis de la fistule, au-dessus et au-dessous ; seulement entre le mesentère et la fistule, la circonférence était un peu tendue. A l'endroit où l'éperon avait été divisé par la pince, lequel se distinguait facilement, il n'y avait aucune différence entre la membrane muqueuse et celle des portions voisines de l'intestin. Le tissu fibro-cellulaire placé entre la péritoine et la membrane muqueuse, était fort souple, blanc, et remplaçait le tissu musculaire qui avait disparu dans l'étendue de sept à huit lignes, du côté du mésentère, sur deux ou trois transversalement (*Répert. d'Anat. et de physiol.-pathol.*, tom. VII, p. 133).

Cystotomie sus-pubienne simplifiée. — *Par le docteur Baudens, chirurgien aide-major au 11.° régiment de dragons.* — Lacroix, âgé de 23 ans, d'une bonne constitution, tisserand, ressentait depuis son enfance des douleurs dans la vessie avec difficulté d'uriner : il dissimula son mal, et fut incorporé en 1828 dans le 11.° régiment de dragons. Mais les douleurs lui firent rompre le silence, et au mois de septembre de la même année, il consulta le docteur Baudens. Le cathé-

térisme ne laissa aucun doute sur l'existence de la pierre, qui parut d'un petit volume, et l'opération par le haut appareil fut pratiquée le 10 du même mois. On employa les instrumens du frère Côme modifiés par M. Belmas. Le malade placé et maintenu comme il convient, la sonde à dard fut introduite dans la vessie, et confiée à un aide. La peau et les parties sous-jacentes incisées suivant les préceptes, M. Baudens porta le doigt indicateur à la recherche du bec de la sonde laissée dans la vessie, recommandant à l'aide de le faire saillir; mais il ne put le reconnaître. On venait, à son insu, de rendre mobile un anneau destiné à indiquer la direction de la courbure de la sonde, et dans ce cas, elle ne pouvait gagner la région hypogastrique L'opérateur retira alors la sonde dont il ne pouvait faire usage, imaginant d'inciser la vessie sur la pierre soulevée par un doigt introduit dans le rectum; mais le calcul peu volumineux se déroba aux recherches. Sentant toutefois très-distinctement un corps mollasse formé par la vessie qui venait d'être vidée par le cathéter, M. Baudens n'hésita pas à refouler vers l'ombilic le péritoine avec la face palmaire de l'indicateur, et tendant ainsi la paroi antérieure de la vessie, il y plongea de quelques lignes le bistouri, dirigé le long de la face dorsale du doigt, puis faisant basculer l'instrument contre lui, l'extrémité de la lame, en décrivant un angle, fit à la vessie une ouverture dans laquelle il put aussitôt porter le doigt pour explorer sa cavité. Le calcul fut trouvé aisément, et chassé au dehors en fléchissant la première phalange sur la deuxième en forme de crochet. Une sonde de gomme élastique, de la forme indiquée par M. Amussat, fut placée dans la vessie et maintenue pour le pansement d'usage. Les jours qui suivirent l'opération, le malade alla très-bien; la sonde fut retirée le huitième jour; le neuvième, l'urine s'écoula à trois reprises par l'urètre; le vingtième jour, la plaie était fermée, et l'opéré, parfaitement guéri, se disposait à se rendre dans sa famille. Le calcul extrait pesait un gros; il était brun et hérissé d'aspérités.

La simplicité de l'opération due au hasard qui fit déplacer la sonde à dard, et poursuivre l'incision de la vessie sans ce conducteur, engagea le docteur Baudens à faire des essais sur le cadavre, et ce sont ces expériences qui l'ont conduit à établir le manuel de la cystotomie de la manière suivante.

Le malade restant couché dans son lit, le bassin plus élevé que la poitrine, et l'abdomen dans le plus grand relâchement possible, raser la région hypogastrique, et vider la vessie par l'expulsion de l'urine; tracer par un trait de plume les limites de la première incision et même son trajet, sur le raphé cutané quand ce dernier n'est pas bien visible; tendre les tégumens à l'aide du bord cubital, du pouce et de l'index de la main gauche, pour les inciser dans la

direction de l'ombilic vers le pubis, ainsi que le *fascia superficialis*; et la graisse, dans une étendue proportionnelle au volume présumé du calcul et à l'embonpoint du malade. Arrivé à la ligne blanche qn'on a découverte dans la longueur de la première incision, avec la pulpe de l'index de la main gauche la reconnaître, et diriger le bistouri sur l'un de ses côtés pour diviser l'aponévrose des muscles grand et petit oblique, et transverse, dans l'étendue de la section cutanée. La pulpe de l'index agissant comme un coin, écarter le muscle du raphé aponévrotique en détruisant les faibles adhérences qui les unissent. L'indicateur de la main gauche étant glissé derrière la symphyse pubienne, l'en écarter ensuite à angle droit pour refouler avec sa face palmaire, en arrière et en haut, le péritoine qu'elle garantit, et tendre à-la-fois la partie antérieure de la vessie qui représente ainsi un plan incliné, tandis que sa face dorsale va guider le bistouri tenu comme une plume à écrire; diriger le tranchant de l'instrument vers le pubis et sa pointe, sur la partie antérieure de la vessie; l'y plonger de quelques lignes en prenant un point d'appui sur l'abdomen avec les doigts restés libres; faire basculer légèrement le bord mousse du bistouri sur la face dorsale de l'index, afin d'obtenir une ouverture à la vessie susceptible d'admettre le doigt destiné à explorer, et à chasser au-dehors le corps étranger accroché par le doigt demi-fléchi. Si le calcul ne peut être expulsé de la sorte à cause de son volume, débrider sur lui l'orifice vésical, et faire de plus une incision transversale ou en croix, si on craint de trop se rapprocher du péritoine ou du col de la vessie. Enfin, procéder au pansement avec la sonde indiquée. (*Cystotomie sus-pubienne réduite à son plus haut degré de simplicité, par un nouveau procédé opératoire.* Dissert. inaug. Paris, 1829. *Extrait.*)

Académie royale de Médecine. (Novembre et Décembre.)

Séance du 27 octobre. — L'académie est réunie extraordinairement pour prendre connaissance de l'ordonnance du Roi qui modifie son organisation (*Voyez* cette ordonnance, au volume présent des *Archives*, page 308), et pour subvenir aux moyens d'exécution de cette ordonnance.

M. Double voudrait qu'avant de faire aucun acte exécutoire de l'ordonnance, l'académie présentât à l'autorité de respectueuses réclamations sur les vices nombreux qui, selon lui, y existent. On ne

peut pas, par exemple, en exécuter les articles 1 et 4, sans attaquer les droits d'une partie des membres de la Compagnie. Il demande à lire une note sur ce sujet.

M. Honoré appuie la proposition de M. Double, et, par exemple, conteste que l'ordonnance nouvelle améliore, comme le dit le ministre, la condition des divers membres de l'académie ; cela peut être vrai des honoraires et des adjoints, mais certainement cela ne l'est pas des associés,

M. Moreau objecte que le premier besoin de l'académie doit être de constituer son conseil d'administration, l'ancien ayant été mis à néant par la nouvelle ordonnance ; jusque-là l'académie est en quelque sorte sans représentant, sans existence. Il propose de s'occuper immédiatement de l'élection du secrétaire annuel institué par l'art. 3 de l'ordonnance, et de celle des quatre membres titulaires qui, d'après l'art. 7, doivent avoir l'entrée au conseil. Alors on donnera suite à la proposition de M. Double, et on adressera des réclamations à l'autorité, s'il y a lieu.

L'académie décide qu'elle constituera d'abord son conseil d'administration. Elle arrête successivement : 1.° que son secrétaire annuel sera de droit un des quatre membres titulaires appelés au conseil d'administration ; 2.° que le secrétaire annuel qu'elle va élire restera en fonctions jusqu'à la fin de l'année 1830. Elle procède ensuite par scrutin à la double élection de son secrétaire annuel et des membres de son conseil. M. Adelon, ancien secrétaire de la section de médecine, est nommé secrétaire annuel, et MM. Double, Ant. Dubois et Husson, sont élus pour faire partie du conseil d'administration.

Séance du 3 *novembre*. — L'Académie continue son établissement d'après les bases de la nouvelle ordonnance. — On propose d'instituer une Commission à l'effet de préparer le classement des membres dans chacune des onze sections fixées par l'art. 2 de l'ordonnance : mais cette mesure est ajournée jusqu'à ce que chacun ait indiqué, sur des tableaux préparés d'avance par les soins du conseil, à quelle section il désire appartenir. — M. Moreau remarque que c'est le moment d'entendre M. Double sur les rectifications qu'il serait désirable de voir faire à l'ordonnance ; mais M. Double renonce à prendre la parole. — Une commission est instituée pour reviser les réglemens, et les mettre en rapport avec la nouvelle ordonnance ; elle est composée de MM. Double, Desgenettes, Pelletier, Ribes, Lucas, Ant. Dubois et Husson.

L'Académie décide qu'elle tiendra séance tous les mardis.

Séance du 10 *novembre*. — ORTHOPÉDIE, APPAREILS POUR LE REDRESSEMENT DU RACHIS. — M. Bricheteau, au nom d'une commission,

lit un rapport sur un mémoire qu'a lu, à la section de médecine, M. Pravaz, et qui est relatif à une nouvelle manière d'appliquer l'extension au traitement des déviations du rachis (*Voy.* une Analyse de ce Mémoire, tom. XVII des *Archives*, pag. 296 et 297). Le rapporteur rappelle les essais successifs de Levacher, de M. Portal, de Venel, de M. Heim de Wurtzbourg, de MM. Lafond, Maisonabe, etc. Il trouve fondés les reproches que M. Pravaz a faits à ces divers appareils, et applaudit aux nouveaux appareils proposés par ce médecin. Ceux-ci consistent; 1° en un lit composé de deux pièces, une pour la partie supérieure du corps, et une pour l'inférieure; si, après que le malade y est couché et fixé, on lâche les courroies latérales qui unissent ces deux pièces, ces deux pièces tendent à se séparer et étendent la partie correspondante du rachis avec une force qu'on peut graduer à volonté; 2° en un appareil dit *de jour*, destiné à exercer les muscles du malade, et qui se compose de deux chars roulant dans des coulisses sur un plan incliné de dix-huit pieds de long; cet appareil, à l'aide d'un mécanisme ingénieux, opère l'extension de l'épine du malade qui y est placé, tout en obligeant celui-ci à exercer ses muscles dorsaux. C'est ainsi que M. Pravaz combine, pour le redressement des courbures de l'épine, l'extension passive du rachis par un moyen mécanique, et la gymnastique. La commission a pendant un an suivi les bons effets de ces appareils sur des malades, et propose à l'Académie de les déclarer supérieurs à tous ceux qui ont été jusques ici inventés pour le même objet.

M. Désormeaux oppose à ce raport les quatre remarques suivantes: 1.° C'est à tort que M. Pravaz reproche à tous les appareils autres que les siens d'avoir une action incessamment décroissante; si cela est vrai de ceux qui se composent de ressorts, cela ne l'est pas de ceux où l'on employe des poids. D'ailleurs on remédie à cet inconvénient en faisant varier selon le besoin le degré de tension. 2.° Les nouveaux apareils de M. Pravaz semblent imaginés pour les cas où il n'y a qu'une courbure au rachis, et ces cas-là sont les plus rares; presque toujours il y a deux courbures en sens inverse l'une de l'autre, et dès-lors il y a moins d'avantages à n'agir que sur un point circonscrit du rachis. 3.° Les exemples de succès qu'a cités la Commission ne suffisent pas pour justifier sa conclusion, car on a obtenu des succès avec tous les procédés; il fallait rechercher dans quel système les succès sont plus nombreux. 4.° Enfin, comme le thorax participe toujours des déviations de la partie thoracique du rachis, M. Désormeaux craint que la courroie qui passe sur cette région du corps ne s'oppose à ce qu'elle se rétablisse. M. Dubois avoue aussi n'avoir pas bien compris comment, dans les appareils de M. Pravaz, la puissance extensive

est placée plus près du point du rachis qui est dévié, fait qui est présenté par les commissaires comme une importante amélioration. — On renvoye la discussion à la séance prochaine.

M. Geoffroy Saint-Hilaire présente l'individu bicéphale, âgé de 8 mois (*Ritta-Christina*), que lui a été adressé par M. Rolando, de Turin. Le numéro de janvier des Archives contiendra un article dans lequel seront exposés tous les détails qui concernent cet individu.

Dilatation variqueuse extrême des vaisseaux lymphatiques abdominaux et du canal thoracique.—Pièce d'anatomie pathologique présentée par M. Amussat. — Un jeune homme de 19 ans, bien constitué, avait depuis cinq ans, aux aînes, deux tumeurs considérables qui furent prises pour des hernies, et auxquelles on opposait un double bandage herniaire. Le 7 novembre dernier, il est atteint d'une pneumonie que compliquent bientôt des symptômes cérébraux ; de la douleur éclate dans les tumeurs des aines qui bientôt présentent de la fluctuation ; le malade succombe en 24 heures. — *Nécropsie*. Tumeurs des aines un peu affaissées, laissant voir, à travers la membrane mince qui les recouvre, le pus qui les remplit, et qui est renfermé dans un sac noueux, irrégulier, comme seraient des vésicules hydatiques ou des vésicules spermatiques déplissées. Ce sac ouvert donne issue à une matière puriforme infecte ; situé dans l'anneau, il s'étend, d'un côté jusque dans les cuisses ; de l'autre jusque dans l'abdomen, où l'on découvre un grand nombre de vésicules blanchâtres, de grandeur et de formes variables, et pleines de pus. Ces vésicules ne sont que des vaisseaux lymphatiques très dilatés. Par l'insufflation, M. Amussat a constaté leur continuité jusqu'au canal thoracique. Il n'y avait ni hernie, ni péritonite, ni maladie du rachis. Les glandes iliaques semblaient s'être résolues en lymphatiques. M. Amussat n'a pu trouver, en opposition avec ce qu'a dit Lippi, aucune communication de ces lymphatiques si énormement dilatés avec les grosses veines. Il se demande si la pression exercée sur les glandes inguinales par le double bandage herniaire, est ce qui a pu amener une telle dilatation des vaisseaux lymphatiques abdominaux, et comment cette dilatation a pu permettre pendant plusieurs années, non seulement la vie, mais la bonne santé du malade.

Séance du 17 novembre. — Redressement du rachis. — L'Académie reprend la discussion du rapport sur les appareils orthopédiques de M. Pravaz. M. Bricheteau réplique aux objections de M. Desormeaux : 1° il est vrai que les poids modèrent le décroissement de l'extension ; mais ce moyen que M. Pravaz d'ailleurs a proposé le premier en 1825, n'est, selon lui, que très-accessoire ; 2° il est également vrai que le lit de M. Pravaz agit plus sur la courbure qui est dans la région dorsale ; mais il n'est pas pour cela sans action

sur les courbures plus éloignées, et par conséquent, peut être également employé quand il y a plusieurs courbures; 3° enfin, c'est à tort qu'on reproche à la ceinture qui agit près de la courbure de comprimer le thorax; cette ceinture ne prend appui que sur le sternum, et laisse toute facilité aux côtes de se redresser. La commission persiste donc à dire que les appareils de M. Pravaz sont *supérieurs* à tous ceux qui ont été imaginés jusques ici. — M. Dubois dit avoir examiné depuis la dernière séance les appareils de M. Pravaz, et déclare que sous le point de vue théorique au moins il les juge supérieurs à tous les autres. — M. Itard soutient que leur supériorité est aussi démontrée sous le point de vue pratique, car il a vu beaucoup de malades qui n'avaient pu supporter les autres appareils, se trouver bien de ceux-ci. — Néanmoins, sur la proposition de M. Breschet, l'Académie s'exprime d'une manière moins absolue que la commission, et se borne à déclarer que sous le point de vue théorique les appareils de M. Pravaz lui *paraissent préférables* à tous les autres.

Monstruosité. — M. Castel lit une note sur la monstruosité dite *bicéphalie*. Il trouve cette dénomination impropre, car loin qu'il y ait ici surabondance de parties, il y a au contraire manque de quelques organes. Il professe, en effet, qu'il y a ici deux individus, ayant chacun leur vie, leur mort distinctes, mais auxquels il manque quelques organes. Il pense, par exemple, que dans le cas de *Ritta* et de *Christina*, de même qu'il y a deux estomacs, il y a aussi duplicité dans les organes centraux de la respiration et de la circulation.

MM. Delpech et Villeneuve présentent une monstruosité qui consiste en deux fœtus mâles, de six mois et demi de conception, réunis par le sommet de la tête de manière que la face de l'un correspond exactement à l'occiput de l'autre, et réciproquement. Une dépression circulaire sous-cutanée indique le point de jonction des deux individus qui du reste sont parfaitement conformés. Les parens jeunes et bien constitués, ont plusieurs autres enfans bien conformés. La conception, la grossesse et l'accouchement n'ont rien offert de particulier.

M. Martin Solon fait successivement trois rapports : deux ont trait à des épidémies de dysenterie observées à Rivesaltes, département des Pyrénées orientales, par M. Bonafos, et dans des communes du département du Loiret, par M. Lanoix, et qui n'ont rien offert qui soit digne d'être noté. Le troisième fait connaître une observation envoyée à l'Académie par M. Voillot, médecin à Beaune, sur une affection cancéreuse de la prostate et de la vessie.

Sangsues du Sénégal. — M. Virey, au nom d'une commission, lit un rapport sur des sangsues envoyées du Sénégal au ministre de la

marine. La commission établit : 1.° que ces sangsues forment une espèce différente de la sangsue officinale de notre pays; 2.° qu'on peut aisément les transporter au loin dans de la terre argileuse humectée, ce qui peut les rendre propres au service de la marine et pour l'approvisionnement des colonies; 3.° que, cependant, comme elles tirent moitié moins de sang que nos sangsues ordinaires, il faut les appliquer en plus grand nombre. Tandis que notre sangsue officinale extrait deux fois et demi le poids de son corps de sang, les sangsues du Sénégal n'en tirent qu'une fois et un tiers leur poids.

Maladie du diploé. — Pièce d'anatomie pathologique présentée par M. Gueneau de Mussy. Une blanchisseuse âgée de 68 ans, paraissant jouir d'une bonne santé, est mordue par un cheval à un bras, et foulée aux pieds par cet animal : survient un érysipèle à la face, qui amène la mort le huitième jour. — *Nécropsie.* Poumons et organes abdominaux sains; cœur gauche fortement hypertrophié; cerveau et méninges sains; la face externe du crâne paraît saine aussi; mais la face interne de la voûte est toute parsemée de teintes violacées, assez régulièrement arrondies, et de deux à six lignes de diamètre; ces taches, pressées sous le doigt, cèdent et s'enfoncent. Cette face offre en même temps des fractures en diverses directions; il est manifeste que, aux lieux qui correspondent à ces fractures, la lame interne du tissu compact est plus ou moins amincie, le diploé détruit et remplacé par du sang épanché et coagulé. Cette maladie était antérieure à l'accident qui a causé la mort, et n'avait été révélée par aucun symptôme.

Séance du 24 novembre. — Fièvre jaune. — MM. Rochoux et Dalmas font un rapport sur un mémoire de M. le docteur Dupuy, intitulé : *Opinion des médecins de Cadix sur la nature de la fièvre jaune, son introduction en Europe, et son mode de propagation.* Dans ce travail, M. Dupuy se réduit au rôle d'historien, et les commissaires lui reprochent d'être inexact et incomplet. Ils signalent cette remarque de l'auteur, qu'il a observé, à la fin de l'été, à Cadix, des gastro-entérites qui simulaient si bien la fièvre jaune, que des médecins non habitués à voir cette dernière maladie s'y seraient mépris.

Bicéphale Ritta-Christina. — M. Geoffroy Saint-Hilaire, au nom de la commission instituée pour l'examen du bicéphale Ritta-Chistina, fait un rapport sur cet individu double : il est mort après huit mois et huit jours de vie.

Imperforation de l'utérus. — Observation de M. Hervey de Chégoin d'une imperforation congéniale complète de l'utérus, avec absence totale du col, rétention des règles depuis dix-sept ans, guérie par une ouverture pratiquée au corps de la matrice, et entretenue

pendant deux mois. Une femme âgée de 32 ans, mariée depuis dix, n'avait jamais eu ses règles; seulement, à 15 et 16 ans, elle avait commencé à éprouver dans la matrice des douleurs qui, depuis, s'étaient renouvellées chaque mois, et avaient fini par devenir atroces. Au 22 septembre dernier, l'examen de cette femme fit voir que les parties génitales externes étaient bien conformées; seulement le vagin n'avait que trois pouces de hauteur : mais l'utérus était imperforé, et tout le col de cet organe paraissait manquer. Le ventre était sensible, tuméfié, et offrait au côté gauche une tumeur qui s'étendait depuis le fond du bassin jusqu'au dessus de la crête iliaque du même côté. Cette tumeur, grosse comme une tête de fœtus, se montrait fluctuante quand on la pressait entre deux doigts introduits, l'un, dans le vagin, et l'autre dans le rectum. M. Hervey, jugeant qu'elle était due à la rétention du sang des règles dans la matrice, se décida aussitôt à y plonger un trois-quart par le vagin, ayant soin de ne pas blesser les cloisons recto-vaginale et vésico-vaginale, qui faisaient saillie au-devant et autour d'elle. Il dirigea l'instrument de bas en haut, de droite à gauche, dans le sens du plus grand diamètre de la tumeur, et l'enfonca d'un pouce : ayant retiré le poinçon, il enfonça un peu plus bas la canule, et au bout de quinze à vingt secondes, il vit apparaître une goutte d'un liquide roux et filant. Voulant attendre patiemment l'issue lente et spontanée du liquide, une petite bougie introduite dans la canule servit à substituer à celle-ci une sonde de gomme élastique plus grosse. Six heures après l'opération, il ne s'était guère écoulé encore que quatre onces de sang, et cependant la tumeur s'était déjà beaucoup affaissée. Le lendemain, des douleurs vives dans la matrice engagèrent à saigner la malade et à retirer la sonde; celle-ci fut replacée le troisième jour, et par son moyen on pratiqua des injections dans l'utérus. Ces injections furent continuées les jours suivans, mais à l'aide d'une sonde de femme qu'on substitua à la sonde de gomme élastique, et qu'on laissa à demeure dans la plaie de l'utérus pendant près de deux mois. Alors la malade la dérangea dans un mouvement; M. Hervey ne put la replacer dans les premiers instans; mais l'ayant laissée au point où elle avait pénétré, au bout de trois jours il parvint à la remettre complètement. Depuis deux mois que l'opération est faite, la malade a repris de l'embonpoint, de la gaîté, et a cessé de souffrir; la matrice n'est plus sentie au-dessus du pubis, et, à travers le rectum, ne paraît pas plus grosse qu'à l'ordinaire; quand on l'explore avec le spéculum, on n'y voit aucune trace de col, mais seulement un enfoncement entouré d'un bord très-rouge; c'est l'endroit de l'incision. Deux fois depuis deux mois le sang qui a coulé s'est montré plus rouge, ce qui a fait présumer à M. Hervey qu'il y avait alors menstruation. Ce

médecin appelle l'attention sur la très-petite quantité de sang qui a coulé, eu égard au gros volume de la tumeur et à la promptitude avec laquelle cette tumeur s'est dissipée.

Calcul urinaire; rachitome. — M. Hervey de Chégoin présente à l'Académie : 1.° un calcul urinaire d'une assez grosse dimension qu'il a extrait par l'opération de la taille : le malade a été guéri par première intention ; dès le septième jour de l'opération, il se levait et mangeait comme à son ordinaire, et le onzième jour il se promenait à pied. M. Hervey attribue cet heureux résultat au soin qu'il a eu de faire au périnée une incision de quatre pouces, tandis que, par contre, il a entamé à peine de quelques lignes la prostate et le col de la vessie. 2.° un nouveau rachitôme inventé par M. Terral, à l'aide duquel on peut plus promptement et plus exactement découvrir la moelle spinale sans léser cette partie.

Occlusion de l'orifice pulmonaire du cœur. — Pièce pathologique présentée par M. Jadelot; observation lue par M. Burnet.—Une petite fille de 7 ans est apportée à l'hôpital des Enfans avec tous les symptômes d'une affection organique du cœur, palpitations, dyspnée, pouls intermittent et vibrant, coloration violette des pommettes, bouffissure générale légère, etc. La percussion fait reconnaître une grande matité dans presque toute la partie antérieure de la poitrine, et le stéthoscope fait entendre un bruit de souflet, et des frémissemens cataires isochrones aux battemens du pouls. En peu de jours, l'enfant succombe, et l'ouverture du corps fait découvrir les altérations suivantes : grande congestion de sang dans les sinus latéraux ; rougeur des amygdales, du pharynx, de l'épiglotte, du larynx, et de toutes les ramifications bronchiques; les poumons sont petits et relégués à la partie postérieure du thorax; le cœur occupe plus de la moitié antérieure de cette cavité; le péricarde contient dix onces de sérosité; l'oreillette droite forme à elle seule la moitié du volume du cœur, et contient un caillot noir plus gros que le poing d'un adulte; sa face interne est garnie de fortes colonnes charnues; le ventricule droit est presque oblitéré par l'hypertrophie concentrique de ses parois, qui ont presque un pouce d'épaisseur à la base; sa cavité est vide et recevrait à peine la seconde phalange du pouce; elle communique, par un canal étroit et long de huit lignes, avec l'artère pulmonaire : celle-ci est fermée à son orifice par une membrane de tissu jaune élastique, offrant à son centre une ouverture d'une ligne et demie de diamètre. Le ventricule gauche est vide, et double à-peu-près en capacité du ventricule droit; l'oreillette gauche est un peu moins spacieuse. L'aorte a un pouce un quart de circonférence à son origine; l'artère pulmonaire est un peu moins volumineuse; toutes deux sont pâles et vides. La veine cave n'offre de sang que près du

cœur. M. Jadelot pense que la maladie de l'artère pulmonaire à son orifice est ce qui a déterminé l'hypertrophie du ventricule droit et la dilatation énorme de l'oreillette droite.

Séance du 1.er décembre. — MÉDECINE LÉGALE. — ARSENIC RETROUVÉ DANS LES DÉBRIS D'UN CADAVRE APRÈS 7 ANS D'INHUMATION. — M. Orfila lit une note sur ce fait de médecine légale que lui a communiqué M. Ozanam, médecin en chef d'un des hôpitaux de Lyon. L'inhumation avait eu lieu dans un endroit élevé, et dans un sol qui, très-avide d'eau, l'absorbait rapidement; aussi, lors de l'exhumation, le cercueil fut trouvé entier, seulement desséché et facile à casser; ses parois n'étaient pas même tachées intérieurement, sauf l'inférieure qui était superficiellement empreinte de matière brunâtre, de consistance d'onguent. Le cadavre y était entier, et la tête, le tronc, les membres, avaient à l'extérieur conservé leur conformation et position naturelle; mais les organes intérieurs du thorax et de l'abdomen étaient détruits, et il n'en restait qu'une masse de matière brune, molle, qui était déposée sur les côtés du rachis, et qui avait taché la paroi inférieure du cercueil. C'est dans cette matière que MM. Ozanam et Idt, experts nommés, ont retrouvé l'arsenic. Ils ont épuisé par diverses décoctions dans de l'eau distillée une partie de cette matière, jusqu'à ce que l'eau se colore à peine. Ces diverses décoctions réunies leur ont servi ensuite à deux sortes d'épreuves.

D'une part, 1.° une partie de ces décoctions a été évaporée à consistance d'extrait sec, et celui-ci a été redissous dans de l'eau distillée bouillante. 2.° Cette dernière solution a été concentrée au volume d'un litre; mais comme elle était d'une couleur rouge caramel, ce qui ne permettait pas de voir la couleur des précipités qu'y déterminaient les diverses dissolutions salines, elle a été de nouveau évaporée à siccité. 3.° Le produit de cette seconde évaporation a été traité par le procédé de Rapp, c'est-à-dire a été brûlé dans un vase de porcelaine avec du nitrate de potasse bien privé de tout hydrochlorate. 4.° Le culot salin homogène qui est résulté de cette combustion a été redissous dans de l'eau distillée, sauf un petit résidu qu'on a séparé par le filtre. 5.° On a fait bouillir avec de l'acide nitrique la solution pour la purger de tous les hydrochlorates qu'elle pouvait contenir, et on a ensuite saturé l'excès d'acide nitrique par une dissolution de potasse très-pure. 6.° On a eu ainsi une dissolution qui, aux réactifs, s'est comportée comme une solution d'acide arsénieux; par exemple, par l'hydrosulfate d'ammoniaque et une goutte d'acide hydrochlorique, elle s'est colorée en jaune; puis elle a repris sa transparence par l'ammoniaque caustique. 7.° Une autre portion de cette solution a été précipitée par un excès de nitrate d'argent; le précipité recueilli sur un filtre et lavé à l'eau distillée, a été trituré

stance quelconque l'arsenic métallique qui y existe, il faut que le tube dans lequel on brûle le sel mêlé à du charbon et de la potasse soit effilé à la lampe par une de ses extrémités; si le tube est ouvert, l'air atmosphérique qui y pénètre oxyde l'arsenic à mesure qu'il se volatilise, et une grande partie de l'arsenic métallique qu'on aurait obtenu, est changé en acide arsenieux. 2.° Si on fait bouillir de l'arsenic métallique pur et recemment préparé dans de l'eau distillée, de l'eau est décomposée; son oxygène s'unit à une partie du métal, et forme de l'acide arsenieux qui reste en dissolution dans la liqueur; son hydrogène s'unit à une autre portion d'arsenic, et fait de l'hydrure d'arsenic qui se précipite sous forme d'une poudre d'un brun terne. Ce dernier fait fournit, selon M. Orfila, un moyen de reconnaître si dans les épreuves médico-légales pour la réduction de l'arsenic, la couche métallique, qui est obtenue aux parois du tube où l'on brûle les précipités, est vraiment de l'arsenic; il suffira de faire bouillir cette couche métallique, ou le tube qui la contient, dans de l'eau distillée; il devra se précipiter une poudre noire d'hydrure d'arsenic, et on devra retrouver dans l'eau de l'acide arsenieux.

Sels marins de mauvaise qualité. — MM. Boulay et Delens font un rapport sur trois mémoires relatifs à des accidens produits par des sels de mauvaise qualité. 1.° Un de ces mémoires est de M. Lemercier, d'Epernay. Ce médecin expose qu'en juillet 1829, 150 personsonnes à-peu-près des communes de la Fère-Champenoise et de Sezanne, après avoir fait usage de certains sels, ont éprouvé des accidens qui consistaient en une sensibilité morbide à l'épigastre, envies continuelles de vomir, diarrhée muqueuse et même sanguinolente; quelquefois tension du ventre, bouffissure de la tête, inflammation de la conjonctive, enflure des extrémités inférieures, faiblesse générale, etc. Le sel employé avait paru aux malades avoir une certaine odeur; ils en avaient retiré une matière qui, explorée par M. Lemercier, a produit sur la langue une impression vive et brûlante avec salivation prolongée. 2.° L'autre travail est une lettre de M. Leroy de Bonneville, juge-de-paix à Sezanne, qui expose qu'à la suite de l'emploi d'un sel de mauvaise qualité, beaucoup d'habitans de Sezanne et de La Ferté-Gaucher ont éprouvé aussi des accidens : savoir, douleurs à la plante des pieds, maux de tête, gonflement des yeux, etc. 3.° Enfin, le troisième mémoire est de M. Commesny, pharmacien à Reims, qui annonce que de semblables accidens ont été observés aussi dans plusieurs communes du département de la Marne, et y ont atteint à-peu-près le sixième de la population. M. Commesny, de plus, a examiné le sel suspect; au milieu des crystaux cubiques dont il se compose, il a distingué des crystaux d'une forme irrégulière qu'il n'a pu déterminer, crystaux qui, vus à la loupe, offraient

des grains rougeâtres, et qui, frottés séparément dans les doigts, dégageaient une odeur marécageuse. A l'analyse, il a trouvé dans ce sel du chlorure de sodium, du brôme, du bromure de potassium, de la magnésie, de l'iode, de l'hydriodate de potasse, et du sulfate de chaux. Les commissaires de l'Académie ont analysé aussi les sels dont MM. Leroy et Commesny avaient fait l'envoi; ils y ont reconnu aussi de l'iode, un hydriodate dans la proportion d'un centième, et qu'ils croient être un hydriodate de soude et non de potasse; mais ils n'ont pu y trouver aucune trace de brôme et de bromure. Ils s'accordent en cela avec M. Serullas, qui ayant analysé de même des sels déclarés suspects, y a trouvé aussi de l'hydriodate ioduré de soude. Ils attribuent les accidens qu'ont produits ces sels, à ce que l'hydriodate qu'ils contiennent est de soude et non de potasse, à ce que cet hydriodate est ioduré, et peut-être à ce que ces sels ont été donnés sous forme solide et non en solution. Ils pensent que la présence de cet hydriodate, ordinairement étranger à la composition du sel marin, pourrait bien tenir, ou à ce que dans l'extraction du sel on évapore l'eau salée jusqu'à siccité, ou à ce que beaucoup de sels du commerce proviennent des salpétriers. Ils jugent enfin qu'il serait utile : 1.° de faire essayer tous les sels qui sont en magasin, essai qui consisterait à verser dessus un peu d'acide sulfurique pour voir s'ils dégageront des vapeurs d'iode; 2.° de purifier ces sels en les arrosant un peu d'eau, et les laissant égoutter ensuite dans des tonneaux percés à la base.

VACCINE. — M. Emery lit au nom de la commission de vaccine le rapport sur les vaccinations pratiquées en France pendant l'année 1828. Bien que la variole ait depuis peu désolé beaucoup de départemens, la pratique de la vaccine, dit la commission, a été moins suivie en 1828 que dans les années précédentes. Il faut en accuser, selon elle, 1.° l'organisation incomplète d'un grand nombre des comités de vaccine des départemens; et la commission présente ici comme modèles ceux de l'Ardèche, de la Meurthe, du Morbihan, etc. 2.° L'ignorance et l'incurie des citoyens, ignorance et incurie auxquelles il faudrait opposer des mesures coërcitives. 3.° L'inertie et même l'opposition de quelques autorités locales; et ici la commission dénonce le département des Ardennes, où cinquante-cinq communes ont refusé les vaccinations; elle signale dans le département de l'Allier le desservant de Viplaix, les maires de Merples et de Couscais, etc. 4.° Enfin le défaut d'encouragement aux médecins vaccinateurs; il n'a été dépensé dans toute la France pour cet important objet d'hygiène publique, que la somme de 32,551 fr. La commission présente à la reconnaissance publique les administrateurs des départemens de la Meurthe et du Morbihan : dans ce dernier département, le con-

seil-général a augmenté les fonds alloués au service de la vaccine; un arrêté du préfet ordonne la vaccination de tous les enfans élevés dans les hospices, interdit à tout instituteur de recevoir dans les écoles aucun enfant non vacciné, prescrit à tout chef de famille dans la maison duquel éclatera la variole, d'en faire aussitôt la déclaration aux autorités municipales, et de l'annoncer au public par un écriteau placé sur la porte de la maison, etc. Il ne manque à cet arrêté, dit la commission, que de comprendre les dispositions des lois sanitaires relatives à l'isolement et aux quarantaines, ainsi que cela est en Prusse. Du reste, dans quelques départemens où la variole a sévi, le nombre des vaccinations a beaucoup augmenté; dans le département de la Manche, par exemple, il a été de 12,376, c'est-à-dire, de 9,839 de plus qu'en 1827. — Il est triste d'annoncer que pour cinquante-six départemens seulement, il y a eu encore en 1828 23,897 variolés, sur lesquels 3,829 sont morts, et 1,345 sont restés infirmes ou défigurés. La commission signale comme zélés propagateurs de la vaccine, 1.° parmi les ecclésiastiques, M. Cochin, curé de Mottereau (Eure et Loir); les curés de Quartin, de Saint-Mangin (Puy-de-Dôme), etc. 2.° Parmi les maires, M. de Lalonde, à Versailles; M. Barbet, à Jouy; M. Palet, à Meudon; M. de Jouvencel, député; M. de Vindé, pair de France, etc. 3.° Et enfin, parmi les médecins, M. Boucher (Seine et Oise); M. Robert, au lazaret de Marseille; M. Labesque (Lot et Garonne); M. Honorat, à Digne; MM. Burckart et Jeauroy, dans la Meurthe; Benoit, dans l'Isère, Nauche à Paris, etc.

Abordant ensuite quelques questions scientifiques, la commission annonce que les épidémies varioliques qui ont régné en France en 1828 ont servi à confirmer la puissance préservatrice de la vaccine. Par la vaccine, en effet, on est parvenu à arrêter ces épidémies en plusieurs pays, par exemple, à Ribiers (Hautes-Alpes), à Rochoy (Ardennes), dans les départemens de la Haute-Saône et de la Moselle, etc. Ce n'est pas que dans ces épidémies quelques vaccinés n'aient été atteints; mais ils n'ont eu généralement que des varioloïdes, et celles-ci ont été observées de même chez des anciens varioleux. La bénignité de ces varioloïdes est généralement proclamée par tous les vaccinateurs, et si dans l'épidémie de Marseille il est dit que des malades y ont succombé, c'est moins la varioloïde qu'il faut accuser qu'une affection typhoïde qui était venue la compliquer à cause de l'infection des lieux habités par les malades. La commission relate des expériences faites par MM. Robert oncle et neveu, et Reverst de Marseille, qui ont cherché à ramener à l'état de vaccin les virus de la variole et de la varioloïde en les mélangeant avec du lait de vache; dans treize inoculations de ces virus

ainsi adoucis, ces médecins n'ont eu qu'une éruption locale semblable en tout à celle de la vaccine. La commission reproduit l'opinion déjà émise l'an dernier, que la varioloïde n'est qu'une manière d'être de la variole. Au soupçon élevé par quelques médecins, que le vaccin a dégénéré et a besoin d'être repris à sa source, le cowpox, elle oppose les opinions de MM. Honorat de Digne, Robert de Marseille, Duret d'Annonay, qui assurent avoir observé que les individus sont d'autant moins exposés à être atteints de varioloïdes, et à en avoir de confluentes, qu'ils ont été plus récemment vaccinés. Elle cite aussi cette opinion de M. Robert, que plus le travail vaccinal a eu de développement, plus il préserve de la variole. Elle termine en désignant les médecins qui, selon elle, ont droit aux récompenses du Gouvernement. Le premier prix est partagé entre M. Burckard, médecin à Fenestrange (Meurthe), et M. Nedey, médecin à Vesoul (Haute-Saône); Les quatre médailles d'or sont données à MM. Benoist, officier de santé à Grenoble (Isère); Fau, médecin à Lavelaint (Arriège); Honorat, à Digne (Basses-Alpes), et Robert à Marseille (Hautes-Alpes). L'espace nous manque pour désigner les personnes qui ont mérité les cent médailles d'argent.

Séance du 15 décembre. — RAGE. — M. Pravaz annonce, par une lettre, qu'il a essayé à l'Ecole vétérinaire d'Alfort, contre le virus rabiéique, les moyens mécaniques qu'il a proposés pour prévenir l'absorption des virus, et particulièrement la cautérisation par le galvanisme. (*Voyez* le tome XVIII des *Archives*, p. 309 et 589). 1.° Deux chiens sont inoculés avec la bave d'un chien enragé vivant; un de ces chiens est laissé sans traitement, et meurt de la rage après vingt-sept jours. On cautérise les plaies de l'autre avec une pile galvanique. Celle-ci reste appliquée jusqu'à ce que les plaies qui étaient saignantes soient sèches; on remarque à leur surface une effervescence assez grande des liquides; l'animal accuse une vive douleur, mais est préservé. M. Pravaz pense que le galvanisme, non seulement neutralise les virus à la surface des plaies, mais encore prévient leur absorption en déterminant une stase des fluides dans les systèmes capillaires. Il le préfère au cautère actuel ou potentiel, en ce que son emploi est moins effrayant, s'applique à toutes les espèces de plaies, et peut mieux être calculé, puisque son énergie est en raison de la durée de son application. 2.° Deux brebis sont inoculées avec du mucus pris sous la langue d'un chien mort de la rage depuis douze heures; une d'elles est traitée par le lavage pratiqué à l'aide de la ventouse à injection, et n'est pas atteinte; l'autre brebis abandonnée à elle-même n'est pas plus saisie de la rage. 3.° Enfin, plusieurs animaux sont inoculés avec de la bave prise sur celui des deux chiens qui a été contagié dans la première expérience;

mais aucun n'a été atteint, soit qu'ils aient été abandonnés à eux-mêmes, soit qu'ils aient été traités par le lavage pratiqué avec la ventouse à injection. Quoique ces deux dernières expériences ne puissent conduire à aucunes inductions, les contr'épreuves ayant eu les mêmes résultats, M. Pravaz conjecture de l'une que le virus rabiéique ne conserve pas long-temps après la mort sa propriété contagieuse; et de l'autre, qu'il la perd après un petit nombre de transmissions successives.

Vaccine. — L'Académie se livre à la discussion du rapport sur les vaccinations pratiquées en 1828. — Deux questions surtout sont agitées. D'une part, M. de Kergaradec attaque cette opinion émise par la commission, que la varioloïde a transmis, soit par inoculation, soit par contact, la variole : sur l'autorité de M. Guillou de Saint-Pol, qui le premier a inoculé la varioloïde, sur celle de plusieurs médecins de Paris, qui ont répété ces inoculations, il assure que la varioloïde ne peut jamais donner naissance qu'à la varioloïde. Mais la compagnie maintient l'assertion de la commission. D'autre part, sur la proposition de MM. Chomel, Moreau et Adelon, l'Académie décide que le rapport frappera de blâme ces expériences par lesquelles on a inoculé, au lieu de fluide-vaccin, soit le virus de la varioloïde, soit ceux de la varioloïde ou de la variole adoucis avec du lait, dans l'espérance de les ramener ainsi à l'état de virus vaccin. Ces expériences en effet peuvent bien éclairer la question pathologique de savoir si le vaccin, la varioloïde et la variole sont des affections de même nature ; mais elles compromettent la pratique de la vaccine, et ne tendent à rien moins qu'à ramener à la pratique de l'inoculation.

Cancer de la vessie ; *observation de M. Amussat.* — Une femme de quarante-deux ans est atteinte d'une affection dartreuse qui couvre la presque totalité du corps, et qui dure un an. A quarante-huit ans, survient une maladie des voies urinaires ; l'urine est excrétée en petite quantité, avec peine, mêlée d'une matière d'une consistance analogue à celle du blanc-d'œuf, et accompagnée d'hémorrhagies par l'urètre et de douleurs dans le bassin, au-dessus des pubis, et dans le pli de l'aine. Des applications de sangsues sur ces parties amènent constamment du soulagement. La présence de calculs dans la vessie étant soupçonnée, on pratique le cathétérisme qui produit de vives douleurs. Au bout d'un an, apparaît une petite tumeur fongueuse à l'orifice de l'urètre ; bientôt la fièvre se déclare, du pus sanguinolent apparaît dans l'urine ; un abcès se forme à la fesse, la femme tombe dans le marasme et meurt à 50 ans. Au toucher par le vagin, on sent une tumeur nouvellement formée entre la vessie et l'utérus ou dans l'épaisseur de celui-ci. La nécropsie fait dé-

couvrir les altérations suivantes : 1.° quatre petits calculs dans la vésicule biliaire ; dilatation des canaux biliaires, dans lesquels on voit distinctement des fibres musculaires ; 2.° rein droit atrophié, mais l'uretère de ce côté est dilaté au point d'égaler le volume du doigt annulaire ; 3.° cancer de la vessie, dont les parois sont hypertrophiées et la muqueuse de couleur violette et parsemée de veines variqueuses : champignon cérébriforme double, dont une moitié occupe la partie antérieure de la vessie près l'urètre, et dont l'autre occupe la partie postérieure du bas-fond ; 4.° utérus sain, mais presque en entier détruit dans sa partie antérieure, celle qui correspond au cancer vésical ; sa cavité est petite et oblitérée dans toute l'étendue du col. M. Amussat rapproche de cette observation celle d'une fille de 18 ans morte d'un catarrhe aigu de la vessie, et dans laquelle il a trouvé après la mort une affection tuberculeuse du rein : cette affection tuberculeuse empêcha le développement d'une phthisie pulmonaire, dont la malade portait le germe, et ne s'annonça pendant la vie que par des douleurs à la vessie.

Séance du 22 décembre. — Nomination de M. Double, comme président annuel pour l'année 1830, et de M. Mérat, comme trésorier.

Séance du 29 décembre. — Nomination de M. Dubois père, comme vice-président de l'Académie ; et de M. Louyer-Villermay, comme membre du conseil d'administration.

DIPHTÉRITE. — Lettre de M. Menou, médecin à Tours, qui réclame contre les doutes qu'a élevés M. Trousseau sur la vérité des faits qu'il a publiés touchant la diphthérite qui a régné épidémiquement dans plusieurs communes du département d'Indre et Loire. (Voyez le tome présent des *Archives*, page 295.) M. Menou répète qu'il a traité 300 malades de la diphthérite, que sur ce nombre il n'en a perdu que 6, que les malades qu'il a dit avoir eu la diphtérite avaient bien réellement cette affection, et qu'enfin il regarde le traitement topique comme moins favorable dans cette maladie qu'un traitement dérivatif très-énergique.

Académie royale des Sciences.

Séance du 5 octobre. — FIÈVRE JAUNE. — M. Foureau de Beauregard écrit à l'Académie pour lui rappeler qu'au mois de février 1825, il lui avait adressé un mémoire intitulé : *Vues prophylactiques sur la Fièvre jaune*, dans lequel il proposait comme moyen curatif de cette maladie l'usage des préparations de ratanhia. Il annonce en outre que depuis cette époque ce mode de traitement a réussi à la *Vera-Cruz*, entre les mains de M. le docteur Chabert, médecin fran-

Séance du 19 *octobre.* — Accouchemens. — M. le D.r Baudelocque neveu adresse un paquet cacheté contenant l'indication de nouveaux procédés pour les accouchemens. MM. Boyer et Duméril font un rapport favorable sur le mémoire du même auteur, relatif au broyement de la tête du fœtus mort dans le sein de sa mère. Nous en avons rendu compte dans notre avant-dernier Numéro.

Jumeaux siamois. — M. Geoffroy-Saint-Hilaire, en son nom et à celui de M. Serres, fait un rapport sur les documens transmis à l'Académie par M. le docteur Niles et M. Warren sur ces deux jeunes gens. Ces deux sujets, unis ventre à ventre, forment chacun un homme complet. Le noyau ou bandeau charnu qui leur sert de lien descend des appendices xyphoïdes à l'ombilic unique pour les deux. Il est arrivé dans ce cas-ci, dit le rapporteur, ce qui est ordinaire dans la plupart des monstruosités, c'est-à-dire que l'anomalie qui a frappé et afflige ces jeunes gens répète un fait déjà connu, réalise une forme arrêtée et parfaitement circonscrite, produit enfin un arrangement qui, autre que l'habituel, est toutefois complètement régulier, eu egard à sa nouvelle raison d'existence. Ainsi, connaissant plusieurs cas anciennement observés dont les faits sont avérés, on a, dans celui dont il s'agit aujourd'hui, les lumières de l'analogie, et par induction on est éclairé sur cette espèce de phénomène. M. Geoffroy met sous les yeux de l'Académie un fœtus monstrueux qui représente parfaitement le cas présent, et qui fait partie de la collection *du Muséum* d'histoire naturelle : ces individus, qui n'ont qu'un seul placenta et qu'un seul cordon ombilical, et qui sont depuis long-temps conservés dans l'esprit-de-vin, n'ont avec les deux siamois aucunes autres différences que celles que la circonstance de l'âge introduit dans l'organisation. « Nous pourrions, continue le rapporteur, citer plusieurs autres exemples pareils qui établissent que le fait de réunion des deux jumeaux siamois contient la raison de conditions organiques tout-à-fait spéciales, réalise un système à part, pouvant et devant revenir souvent et identiquement le même. Les associations ventre à ventre sont de deux sortes; les unes se rapportent à une adhérence plus superficielle, et les autres à une pénétration plus profonde : dans le premier cas, les êtres sont viables; ils ne le sont pas dans le second. Que les deux individus soient joints superficiellement, comme dans l'exemple des deux jumeaux de Siam, ce sont deux êtres bien distincts, seulement enchaînés l'un à l'autre par un lien de peu d'importance dans l'organisme, et que la main du chirurgien aurait pu et devait rompre sans danger. C'est que ce lien ou noyau intermédiaire se trouve contenu dans des limites fixes et éloignées des centres vitaux, savoir, supérieurement par l'extrémité du sternum, et inférieurement par l'ombilic. Quant au second genre de

monstruosité, où deux individus sont plus profondément accouplés ventre à ventre, et quoique cet événement du plus grand rapprochement des parties ne soit provoqué que par une assez petite différence dans le principe, l'exécution entraîne une perturbation considérable dont les effets au surplus sont réglés. Les deux sujets se prennent et se pénètrent profondément : voilà le fait dans son énoncé général ; et, chose remarquable, chacun apporte à la formation de chaque sorte d'organes, non pas ses deux moitiés ordinairement convergentes l'une vers l'autre, mais les deux moitiés respectivement de chaque sujet, lesquelles gagnent par conséquent chacune la moitié correspondante à celle de vis-à-vis appartenant à l'autre sujet. Il s'ensuit que les organes, comme s'il était encore question d'une formation normale, se construisent, non plus en allant et en convergeant vers le centre, mais en s'écartant vers les flancs, et cette expression de flancs est ici relative à la disposition des colonnes vertébrales et des têtes, c'est-à-dire que ces organes arrivent toujours à reproduire une formation régulière, mais par un emprunt d'élémens organiques à chaque sujet. »

M. Geoffroy entre ici dans un grand nombre de détails sur l'organisation du coffre pectoral de ces monstruosités, d'après lesquels il conclut qu'il est pourvu à tous ces arrangemens par les lois les plus simples et les plus précises; puis il continue en ces termes : « Nous ne nous arrêterons pas sur la circonstance qu'à l'égard des couleurs de la peau et des traits du visage, on reconnaissait les deux siamois pour faire partie de la race chinoise. Leur front fut trouvé moins large et plus élevé, et leur taille au-dessous de l'ordinaire. La ressemblance de ces deux frères paraissait frappante au premier aperçu ; mais, en les examinant de près, on remarquait en eux de véritables différences. D'après M. Warren, ce que l'un éprouve, l'autre le ressent. Ils sont portés en même temps au sommeil ; ils mangent tout autant l'un que l'autre, et remplissent toutes les autres fonctions au même moment. Si, quand ils sont endormis, l'on vient à toucher l'un, tous deux se réveillent. Les pulsations du cœur seraient aussi en même nombre ; l'observateur américain a compté 73 battemens du pouls par minute sur chacun. Ils marchent en se tenant comme deux amis : il est probable qu'ils attachent à leur réunion une idée de bonheur, car ils jouissent d'une parfaite santé et d'une grande tranquillité d'esprit : s'il en était autrement, l'ennui se serait emparé d'eux, et les aurait assurément abattus. L'un se nomme *Chang*, et l'autre *Eng* ; mais on réunit ordinairement ces deux noms quand on les appelle, et alors l'être unique accourt, répondant au nom de *Chang-Eng*. L'occasion de vérifier ces recherches va se présenter à l'arrivée prochaine de ces deux jeunes gens à Paris. »

M. Geoffroy termine son rapport par une note dans laquelle il examine la question de la ressemblance physique des jumeaux en général, et il fait voir que celle qui se rencontre ordinairement aussi dans le caractère et les facultés intellectuelles n'est qu'une conséquence nécessaire de la similitude de la conformation des organes.

MORSURE DE LA VIPÈRE ROUGE. — Dans une lettre relative à quelques observations sur la naissance des orvets et de la vipère rouge, M. Robineau Desvoidy assure que les morsures de la vipère commune, quoique dangereuses, sont très-rarement suivies de la mort, tandis que celle de la vipère rouge deviennent funestes dans l'espace de quelques heures. Les accidens les plus alarmans apparaissent avec une grande rapidité, mais la cautérisation avec le nitrate d'argent convenablement appliqué fait cesser promptement le danger. Ce naturaliste promet de publier un travail spécial sur ce point, et il espère parvenir à prouver qu'on doit abandonner l'usage de l'ammoniaque et l'application des ventouses, moyens qu'il regarde comme tout-à-fait inutiles, pour recourir exclusivement à l'emploi du nitrate d'argent.

Séance du 26 octobre. — MONSTRE BICÉPHALE. — M. Geoffroy-Saint-Hilaire annonce l'arrivée à Paris de l'enfant bicéphale, né à Sassari en Sardaigne, le 12 mars dernier, et baptisé sous les noms de Ritta et Christina.

Séance du 2 novembre. — STRUCTURE DE L'ORGANE DE L'OUIE. — M. le docteur Breschet lit un mémoire sur la structure des organes de l'audition chez certains poissons. Il conclut des faits rapportés dans ce travail, 1.° que l'organe de l'ouïe, dans la lamproie, est des plus simples; qu'il ressemble beaucoup plus à celui de certains mollusques céphalopodes et crustacés décapodes qu'à celui des autres poissons; 2.° que, dans la lamproie, il n'y a réellement point de canaux demi-circulaires, mais qu'une matière amylacée ou crétacée, disposée en demi-cercles, et apercevable seulement à une forte loupe ou au microscope, indique l'état rudimentaire de ces canaux; 3.° que cette matière amylacée, refusée à l'oreille de la lamproie par plusieurs anatomistes modernes, existe réellement, et qu'elle indique ici, comme dans d'autres poissons, un développement organique à un état inférieur; 4.° que l'esturgeon présente un tympan à l'état le plus simple, caractérisé par la présence d'un rudiment d'osselet (l'étrier), situé en dehors des cavités du labyrinthe, retenu en position par un ligament, et appliqué sur le côté externe du vestibule membraneux (*sacculus*), auquel il transmet peut-être les ondes sonores qu'il reçoit du dehors; disposition qui n'a été indiquée jusqu'ici par aucun anatomiste; 5.° enfin, que l'alose et plusieurs autres clupées ont une oreille fort complexe dans laquelle on peut aussi recon-

naître des rudimens de tympan et de limaçon, mais autrement disposés que dans l'esturgeon ; que cet organe a, avec la vessie natatoire, une communication directe et incontestable, et que ce fait est l'analogue de ceux qui ont été déjà signalés par plusieurs auteurs, dans les cyprins, les silures, etc.

M. le professeur Roux lit un mémoire intitulé : *Exposé de quelques faits de chirurgie pratique, dans lesquels ont été employés ou des moyens trop peu usités, ou des moyens tout-à-fait nouveaux dans l'art.* Ce mémoire est divisé en deux parties : la première est relative à la résection des extrémités articulaires des os dans les cas de carie, et à l'ablation isolée, complète ou partielle, du premier os du métacarpe, les deux premières phalanges restant intactes et unies à la main. La seconde contient des faits qui prouvent combien l'art a de puissance pour réparer certaines difformités naturelles ou accidentelles, telles que les immenses pertes de substance des parties molles de la figure résultant de gangrène, d'une ulcération rongeante, etc. Les faits exposés dans ce travail par l'honorable professeur ont été déjà cités dans notre journal, ce qui nous dispense d'en présenter l'analyse.

Séance du 16 novembre. — Céphalotripsie. — Au sujet du rapport fait dans la séance du 19 octobre sur le mémoire de M. Baudelocque neveu, M. le professeur Delpech écrit à l'Académie pour rappeler qu'il a fait connaître, il y a plus de vingt-cinq ans, ce moyen qui vient d'être reproduit comme nouveau. Cette lettre est accompagnée d'une notice sur le procédé opératoire et du forceps au moyen duquel on l'exécute.

Virus vaccin. — M. le docteur Ozanam adresse un mémoire de statistique médicale sur la fréquence comparative des maladies qui affligent l'espèce humaine, et sur la mortalité qu'elles occasionnent. A ce travail est joint le détail de quelques expériences nouvelles sur la vaccine faites dans l'intention de savoir si le virus vaccin peut se communiquer avec celui d'autres maladies contagieuses et les communiquer ; s'il influe sur la marche des autres affections morbides ; et enfin, si la vaccine est un préservatif temporaire ou constant de la variole. De ses recherches, M. Ozanam conclut : 1.° que le vaccin est un virus *sui generis* qui ne peut se combiner avec aucun autre, et qui, inoculé à un individu sain, produit constamment la même maladie, quoique extrait d'un sujet atteint de toute autre affection, même contagieuse ; 2.° que la vaccine, compliquée avec les autres maladies, n'exerce sur elles aucune influence marquée, et qu'elle n'en reçoit aucune à son tour ; qu'elle poursuit son cours périodique à part, indépendamment de toute affection concomitante ; 3.° que la vaccine est un préservatif constant et certain de la variole seule-

ment, et non pas temporaire, comme l'ont prétendu quelques médecins étrangers.

L'ordre du jour appelant l'élection d'un membre à la place laissée vacante dans la section de médecine par le décès de M. Pelletan, l'Académie va au scrutin, et, au troisième tour, M. Larrey est nommé à la majorité de 28 voix sur 51 votans. Les autres concurrens étaient MM. Roux, Edwards, Breschet, Lisfranc et Cloquet. M. Roux a eu 22 voix.

Vaisseaux lymphatiques. — M. le docteur Sanson aîné présente une pièce d'anatomie pathologique provenant d'un homme de trente-six ans, mort tout-à-coup à la suite de quelques symptômes d'un érysipèle du cou. Lors de l'autopsie de cet individu, en enlevant la portion du péritoine qui recouvre la région inférieure du rachis, on trouva, sur les dernières vertèbres lombaires et dans la concavité du sacrum, un lascis de vaisseaux merveilleusement injectés en rouge foncé. Leur disposition moniliforme, leurs anastomoses nombreuses et leurs connexions avec les ganglions lymphatiques, ne pouvaient laisser aucun doute sur leur nature; on suivit même avec la plus grande facilité tous ces vaisseaux jusqu'au réservoir de Pecquet, et au-delà on trouva le canal thoracique injecté de la même manière jusqu'à son embouchure dans la veine sous-clavière gauche, qui n'offrait aucune altération morbide. Le liquide contenu dans ces vaisseaux a été analysé par M. Barruel, qui a constaté qu'il ne *différait* en aucune manière du sang ordinaire. Cette pièce intéressante est accompagnée d'un fort beau dessin exécuté par M. le docteur Carswell.

Lithotritie. — M. Duméril fait un rapport verbal très-favorable sur les instrumens lithotritenrs présentés par M. le docteur Rigal, et dont nous avons parlé dans notre dernier numéro. Le rapporteur conclut à ce que ce travail soit admis à concourir pour le prix Monthyon.

Séance du 23 novembre. — Céphalotripsie. — M. le docteur Baudelocque neveu réclame contre l'assertion de M. le professeur Delpech, au sujet de son instrument pour broyer la tête de l'enfant mort dans le sein de la mère, et cherche à prouver que son instrument diffère essentiellement de celui dont M. Delpech s'est servi.

VARIÉTÉS.

Sujets de Prix.

La Société royale de Médecine, Chirurgie et Pharmacie de Toulouse a mis au concours, pour l'année 1830, les questions suivantes :

« 1.° Tracer l'histoire des plaies pénétrantes de la poitrine faites par un instrument tranchant, et compliquées de la lésion des organes pulmonaires ; 2.° établir les indications curatives qu'elles présentent; 3.° indiquer, dans l'état actuel de la science, le mode le plus efficace de leur traitement.

Le prix est de la valeur de 300 francs. Les mémoires, écrits en français ou en latin, devront être remis, dans les formes académiques, avant le premier mars 1830.

— *La Société royale de Médecine de Bordeaux* décernera en 1830 un prix de la valeur de 300 fr. à l'auteur du meilleur mémoire sur chacune des questions suivantes :

1° « Examiner comparativement les diverses opinions émises sur la nature, le siége, l'étiologie, la symptomatologie, le pronostic et la thérapeutique de l'hystérie et de l'hypocondrie, et faire ressortir l'identité ou les différences de ces deux maladies.

2.° « Exposer la nature, les causes, les symptômes, le pronostic et le traitement des diverses espèces de gangrène dites spontanées.

Un prix de la même valeur sera décerné dans la séance publique de 1831, pour la question suivante :

« Établir les caractères distinctifs des divers engorgemens et ulcérations du col et du corps de l'utérus ; exposer les meilleures méthodes de traitement qui conviennent à chacun d'eux, et préciser les cas qui nécessitent l'extirpation des parties malades. »

Les mémoires doivent être adressés suivant les formes académiques à M. Dupuch-Lapointe, secrétaire-général de la Société, rue de la Grande-Taupe, n° 21, avant le 15 juin.

BIBLIOGRAPHIE.

***Atlas historique et bibliographique de la médecine*, *composé de tableaux sur l'histoire de l'anatomie*, *de la physiologie*, *de l'hygiène*, *de la médecine*, *de la chirurgie et de l'obstétrique*, *etc.* ; *par* CASIMIR BROUSSAIS, *D.-M.*, *chirurgien aide-major du Gymnase normal militaire et civil*, *professeur-agrégé à la Faculté de Médecine de Paris*, *etc.*, *etc. Paris*, 1829. *In-fol. Chez M.elle Delaunay*. 1829.**

Il y a bien long-temps, tout le monde est d'accord là-dessus, que les médecins français négligent l'histoire et la littérature de la science dont ils cultivent plusieurs branches avec autant d'ardeur qu'aucune nation de l'Europe. L'Allemagne seule n'a jamais cessé de s'occuper de ces deux genres d'étude. On croirait sans doute que, dans ce pays, la littérature médicale touche à la perfection, si l'on jugeait des progrès qu'elle a dû faire par la multitude des ouvrages publiés sur les différentes matières qui s'y rapportent. Mais quelque avantage que donnent sur nous à nos voisins et cette foule d'ouvrages spéciaux, et leurs bibliothèques qui, pour cet objet, sont hors de toute comparaison avec les nôtres, si l'on excepte un très-petit nombre de productions que leur importance place hors de ligne, tout le reste est plus propre à démontrer la grande diffusion des connaissances historiques et bibliographiques parmi les médecins d'outre-Rhin, qu'à leur assurer une supériorité marquée. Beaucoup d'admirateurs du zèle et de la patience germaniques, qui n'y ont pas regardé d'assez près, ont une opinion bien différente, nous ne chercherons pas à la leur faire perdre; mais peut-être suffirait-il pour cela de l'importation de quelques ouvrages tels que celui que M. Broussais vient de faire passer dans notre langue, bien que l'auteur passe, à juste titre, pour un des professeurs qui s'occupent avec le plus de succès de la littérature médicale.

L'ouvrage de Ludwig Choulant, qui sert de base à l'atlas historique et bibliographique que nous annonçons, a pour titre : *Tableaux pour l'histoire de la médecine, suivant l'ordre de ses doctrines, depuis les temps les plus reculés jusqu'à la fin du XVIII.e siècle* (1). Il se compose de douze feuilles, consacrées chacune à une branche particulière des sciences médicales. La première page de chaque feuillet ne con-

(1) *Tafeln zur Geschichte der Medizin nach der Ordnung ihrer Doctrinen. Von den ältesten Zeiten bis zum Schlusse des achtzehnten Jahrhundert. Von D. Ludwig Choulant.* 1822. In-fol. 12. Tableaux et préf.

tient qu'une énumération des époques de l'histoire, avec un jugement sur chaque époque, aussi vague qu'on peut l'imaginer en le sachant renfermé, le plus ordinairement, en deux ou trois lignes, et assez souvent en quelques mots seulement. La dernière page du second feuillet contient l'indication des ouvrages historiques à consulter sur la matière. Cette indication n'est pas, en général, bien complète, quoiqu'il reste toujours beaucoup de blanc sur cette page, ce qui ne permet pas d'imputer ces omissions à la forme de l'ouvrage de M. Choulant. Les parties dont nous venons de parler ne sont, en quelque sorte, qu'accessoires; ce qui constitue essentiellement les *tableaux pour servir à l'histoire de la médecine*, remplit le plano de chaque feuille. On y trouve une table synoptique des principaux auteurs, rangés sous l'époque à laquelle ils appartiennent, et distingués suivant le pays qui fut le théâtre de leurs travaux. Le nom des écrivains est tout ce qu'on y trouve. Point de date marquée par les découvertes qui la signalèrent; ce sont comme des *tablettes chronologiques* dans lesquelles on ne trouverait que des noms de rois sans événemens d'aucune espèce. Tout ce qu'on y peut apprendre, c'est l'ordre dans lequel on peut chercher dans d'autres ouvrages quelques-uns des renseignemens dont se compose l'histoire de la science, et celui qui aurait besoin d'un tel guide aurait quelque peine d'en tirer même ce profit. A côté du tableau synoptique, se trouve une liste chronologique des auteurs qui y sont nommés, avec le titre de la première édition de leur premier ouvrage. Cette indication bibliographique, où manque souvent la désignation du format de l'édition et toujours celle du nombre des volumes, n'a évidemment pour but que de marquer d'une manière précise, dans l'ordre des temps, la place que doit occuper chaque auteur, avant ou après tel ou tel autre de la même époque. Je fais ici cette remarque, parce que nous verrons plus loin que, pour n'avoir pas aperçu le véritable, l'unique objet de cette liste, et pour l'avoir considérée comme une *bibliographie*, M. C. Broussais lui a fait perdre le seul avantage qu'elle put offrir, et a vainement tenté de lui en procurer un autre qu'elle n'était pas susceptible d'acquérir. Il résulte de l'ensemble de ces différentes parties, dont il est difficile de donner une idée à qui n'a pas vu l'ouvrage, un de ces cadres, tels qu'en font presque tous ceux qui lisent une histoire étendue, et dont les vides ne sont occupés que par des signes plus ou moins arbitraires, fort propres à rappeler à celui qui les a tracés les souvenirs qu'il y a empreints, mais sans utilité pour tout autre que pour lui. Qu'on en juge par un fragment du premier tableau de M. Choulant.

Dans l'histoire de l'anatomie, nul siècle n'est comparable au XVIe. Telles furent les découvertes sans nombre qui le remplirent, qu'on peut dire que c'est par lui que la science fut faite. Voici tout ce qu'on trouve sur cette époque dans l'ouvrage du professeur allemand.

V.^e époque, depuis Vesal jusqu'à Hervey. — De 1513 à 1619.

ITALIE :

VÉSAL (1) délivre l'anatomie des chaînes de l'autorité de Galien, 1543.

EUSTACH, achève ses planches anatomiques, 1552, mais elles ne virent le jour que 162 ans plus tard.

COLUMBUS, 1559. FALLOPIA. 1561.

(*Chefs de l'école italienne.*)

Guido Guidi. Ingrassias. Canani. Aranzi, 1564. Varol., 1573. FABRICIUS *ab* Aquapendente, 1603. Casserius, les meilleurs planches anatomiques de cette époque.

ALLEMAGNE :

Leonh. FUCHS, le premier qui répandit en Allemagne l'anatomie de Vesal, 1551.

KOYTER, Zootom., 1573. — Plater, 1583. Alberti, 1585. — Bockel, 1585.

C. (G.) BAUHIN, fort savant anatomiste, 1590.

FRANCE :

C. STEPHANUS, 1545. (Ch. Etienne). — Amphithéâtre anatomique à Montpellier, 1551, dans lequel parurent le zootomiste Rondelet, 1554. Cabrol, 1594, et Dulaurens, 1600; tous sectateurs de Vesal. — Amphithéâtre anatomique à Paris, 1594, où enseignèrent Jacq. Sylvius, 1551, le plus violent adversaire de Vesal (2). — J. Rioland le fils, 1618.

Qu'on joigne à cela l'indication fort incomplète de vingt ouvrages cités pour la date de leur première édition, et l'on aura tout ce que M. Choulant a jugé à propos d'apprendre à ses lecteurs sur cette époque de l'histoire de l'anatomie.

M. C. Broussais ne s'est point borné à traduire en français un ouvrage d'aussi mince importance; mais malgré les additions qu'il y a faites le fond est resté le même, et les tableaux *pour l'étude* de l'histoire de la médecine constituent la principale base de *l'Atlas historique et bibliographique*. Quelques modifications dans l'arrangement des matières, par exemple la division des époques historiques mise sur le même plan que le tableau synoptique des auteurs, donnent à l'ouvrage plus de commodité, et par conséquent méritent approbation. Il n'en est pas de même de l'ordre introduit

(1) Nous écrivons tous les noms comme M. Choulant.

(2) On a peine à reconnaître dans ce Jac. Sylvius le même homme qui se trouve designé sept lignes plus haut, mais dans une autre époque, sous le nom de Jacob Dubois, et l'embarras est d'autant plus grand que le célèbre anatomiste de Paris, Jac. Dubois, ne peut figurer à la date de 1595, puisque à cette époque il était mort déjà depuis vingt ans.

par M. C. Broussais dans la liste des auteurs et du principal ouvrage de chacun d'eux. On n'y trouve, non plus que dans les tableaux de M. Choulant, qu'une indication incomplète de la première édition de ces ouvrages; mais au lieu que dans le livre du professeur de Dresde, ces écrivains sont rangés par ordre chronologique, dans l'atlas de M. Broussais ils le sont par ordre alphabétique; d'où il résulte, qu'à ne la considérer que sous le point de vue de l'objet qu'elle remplit dans l'ouvrage allemand, cette liste est devenue, dans le livre français, un hors-d'œuvre complètement inutile. Nous verrons bientôt ce qu'il en faut penser si on la considère comme une bibliographie.

Mais nous n'avons parlé jusqu'ici des tableaux allemands et de l'atlas français qu'en les envisageant comme des recueils dont les auteurs n'auraient eu d'autres prétentions que de fournir un cadre de synchronismes aux personnes qui lisent d'autres ouvrages historiques; or ce n'est point là le but que s'est proposé M. C. Broussais. Il a voulu faire à la fois une histoire et une bibliographie des diverses branches de la médecine. Se borner, comme l'a fait le docteur Choulant, à citer des noms d'auteurs et quelques faits isolés, lui a paru la chose du monde la plus stérile et la plus vaine. « Ce sont, dit-il, les travaux de chaque homme marquant qu'il nous importait de signaler; c'est l'enchaînement des découvertes, la progression de la science que nous avions à cœur de faire connaître; tel est le plan que nous nous sommes tracé. » « C'est le plus souvent envain, continue M. Broussais, que nous avons cherché, dans les biographies et autres recueils historiques, des résumés de doctrines; ou bien, si nous en avons quelquefois rencontré, ils ne nous ont presque jamais satisfait. Aussi nous sommes-nous imposé la loi de faire nous-mêmes ces résumés, le plus souvent d'après la lecture des ouvrages originaux, et nous n'avons jamais manqué à ce devoir quand il s'est agi de doctrines influentes. »

C'est donc comme une histoire générale, et une histoire d'après les sources, que M. Broussais présente au public son *Atlas historique de la médecine*. C'est de plus comme une bibliographie médicale; le titre de l'ouvrage l'annonce, et l'on trouve dans la préface que, pour cette partie, l'érudition du professeur de Dresde, *quelque extraordinaire qu'elle soit* (1), n'a point complètement satisfait M. C. Broussais, et qu'il a eu beaucoup d'omissions à suppléer.

L'auteur de l'atlas a-t-il atteint le double but qu'il s'est proposé? C'est demander s'il a fait l'impossible. Car, assurément, il n'entrera

(1) Nous ne prétendons point contester l'érudition du docteur Choulant, mais nous déclarons que pour mériter un pareil éloge, elle a dû se faire connaître par d'autres ouvrages que les *tableaux* dont il est ici question.

jamais dans l'esprit de personne qu'on puisse renfermer dans une demi-feuille, qui équivaut à peine à douze pages in-8.°, l'exposition des travaux et des doctrines relatifs à la médecine proprement dite, le tableau des découvertes qui marquèrent les différens siècles et de l'enchaînement mutuel qui les lie, enfin l'histoire de tout ce qui se rattache à la progression de la science. Et serait-il plus facile de faire entrer dans un espace encore plus resserré l'indication des ouvrages dans lesquels sont dispersés les élémens d'une pareille histoire?

Mais si l'on oublie le titre de l'ouvrage et les prétentions un peu exagérées de la préface, on y trouvera à louer et à reprendre. Les tableaux synoptiques présentent, avec beaucoup d'ordre, des renseignemens de détail en beaucoup plus grand nombre qu'on ne pourrait le supposer au premier aspect. Les écoles les plus célèbres y sont marquées à leur époque; les doctrines principales indiquées. Je ne dis pas *résumées*, parce que je ne trouve sur chacune d'elles que quelques mots plus ou moins vagues, tout-à-fait insuffisans pour en donner une idée, et que je ne vois nulle part des traces d'un travail fait d'après les sources. Tels qu'ils sont, ces tableaux peuvent devenir fort utiles aux personnes qui sauront s'en servir. Je n'en dirai pas autant de la bibliographie. Le mieux qu'on puisse conseiller aux lecteurs de l'atlas est de ne pas jeter les yeux sur cette partie. A peine y trouverait-on un article sur dix, ou moins encore qui soient faits comme ils devraient être, et les fautes, typographiques ou autres, y abondent. Ces fautes, mêmes les plus légères, ne sont pas sans inconvéniens; M. C. Broussais l'a éprouvé plus d'une fois lui-même. Ce sont probablement de simples inadvertances de son imprimeur qui l'ont fait tomber dans des erreurs comme les suivantes. On lit dans la bibliographie de la chirurgie:

Garengeot (J. N. C., 1688-1759), *Traité des opérations de chirurgie*, Paris, 1820, in-8.° — *Ouvrage posthume.*

M. C. Broussais, non plus que personne, n'ignorait que Garengeot était mort bien long-temps avant notre siècle, et M. Choulant lui donnait la date précise de sa mort, en 1759; mais d'un autre côté, la seule édition indiquée du Traité d'opérations chirurgicales de cet auteur portait la date de 1820, d'où il semblait assez naturel de conclure que cet ouvrage était posthume. Cette conclusion était assez juste; il n'y en a qu'une qui l'aurait été davantage, c'eût été de reconnaître qu'un 8 s'etait glissé à la place d'un 7, et qu'il fallait lire 1720. Je ne m'arrête pas aux erreurs relatives aux prénoms de Garengeot qui s'appelait René-Jacques-Croissant.

Quelques lignes plus haut, dans la même page, on lit:

Chopart (1795), *Traité des maladies des voies urinaires*, Paris, 1821, in-8.° — *Ouvrage posthume.*

Quoique l'ouvrage de Garengeot soit fort connu, celui de Chopart

doit l'être encore davantage, et cette erreur est plus singulière que la précédente.

Nous ne pousserons pas plus loin la critique; elle est fort désagréable à faire quand elle s'adresse à un homme dont on estime sincèrement les talens et les connaissances étendues. P.***

Cours de clinique, où sont exposés les principes de la médecine organique; ou Traité élémentaire de diagnostic, de pronostic, d'indications thérapeutiques, etc.; ouvrage auquel l'Académie des Sciences a décerné une médaille d'or; par Léon Rostan, *médecin de l'hospice de la Vieillesse (femmes), ci-devant Salpétrière, professeur de médecine clinique. Deuxième édition, revue, corrigee et augmentée. Paris, 1830. Trois vol. Chez Béchet jeune.*

Au milieu des deux sectes qui se partageaient il y a dix ans la médecine, dans ces temps de lutte où des innovations heureuses, mais quelquefois téméraires, provoquaient des résistances obstinées, il était un parti qui devait donner de la gloire à celui qui saurait le choisir avec sagacité et le poursuivre avec vigueur; c'est celui que dès cette époque a adopté M. Rostan. La doctrine qu'il a professée alors dans ses leçons, il l'a exposée depuis dans les deux éditions de son livre. Comme l'école physiologique, M. Rostan établit que toute maladie dépend d'une altération organique; qu'il n'existe point de maladie essentielle, indépendante d'une lésion quelconque de l'organisation. Mais c'est là tout ce qu'ont de commun les deux systèmes : M. Rostan admet que tous les organes peuvent être primitivement malades, indépendamment les uns des autres, sans qu'il soit nécessaire que l'un d'eux, et toujours le même, soit préalablement affecté, sans qu'il devienne nécessairement malade d'une manière consécutive; que les fluides de l'économie animale sont susceptibles de maladie; qu'ils peuvent être primitivement altérés, pécher par excès, par défaut, et être pervertis dans leur composition; qu'il n'existe pas qu'une seule et même affection; que les maladies diffèrent autant par leur nature que par leur siége; qu'un même traitement ne convient pas dans toutes les circonstances, qu'il devra non seulement varier du plus au moins, mais être quelquefois opposé. Tels sont les principes fondamentaux du système auquel M. Rostan a donné le nom de *médecine organique*, parce qu'il a pour point de départ la considération unique, exclusive, de l'organisation, système dont le *Cours de clinique* est l'entier développement.

Nos lecteurs connaissent déjà cet ouvrage par l'analyse qui en a été faite dans ce Journal lors de la première édition. Nous n'aurons donc qu'à rappeler les principaux titres qui lui ont valu un succès aussi rapide et le suffrage d'une illustre Académie. Conduire l'élève par tous les degrés à la connaissance parfaite des maladies qui con-

stituent la médecine interne, à celle des indications qu'elles offrent pour leur guérison, et des moyens généraux que le médecin possède pour obtenir cette guérison ; tel est le but des leçons que depuis dix ans M. Rostan fait chaque hiver à l'hospice de la Salpétrière, et qui attirent une affluence considérable d'élèves, tel est celui du livre dont nous annonçons la seconde édition, et qui est certainement un des plus importans et des plus recommandables qui aient été publiés dans notre époque. Le Cours de clinique est divisé en quatre parties : dans la première les phénomènes morbides sont exposés d'après l'ordre des fonctions, et leur valeur est appréciée comme signe des diverses altérations qui constituent les maladies. La seconde partie, qui est la principale du livre, est consacrée au diagnostic spécial et différentiel des maladies, et sous le nom de diagnostic, M. Rostan comprend la connaissance du siége et de la nature de la maladie. Tout ce qui a trait au pronostic des maladies forme la troisième partie. Enfin, dans la quatrième sont exposés, sous le titre de thérapeutique, les principes qui doivent présider au traitement des maladies, et les moyens généraux que l'art possède pour modifier l'état des divers appareils organiques.

On voit que le *Cours de clinique*, comme l'indique ce titre, pris dans sa plus grande extension, constitue un corps complet de pathologie médicale. D'excellens esprits ont critiqué le plan de l'ouvrage ; ils ont pensé qu'il eût été préférable de réunir à la description de chaque maladie l'indication du traitement qui lui est applicable. M. Rostan n'a pas cru devoir adhérer à cet avis, et nous croyons qu'il a bien fait. C'eût été changer l'esprit classique de son livre, lui faire perdre un des caractères qui le distinguent, celui d'être éminemment destiné à l'instruction des élèves, de les guider pas à pas par tous les degrés qu'ils doivent parcourir. Le diagnostic, comme le professe M. Rostan, est la base fondamentale de la médecine ; c'est le diagnostic seul qui peut fournir les indications curatives. Tout le *Cours de clinique* est en quelque sorte consacré à ce point important de l'art. Le diagnostic une fois bien établi, le traitement est aisément adapté aux cas particuliers : il suffit de quelques règles générales dont l'application devient facile. La routine peut seule se plaindre d'une marche qui ne lui accorde rien.

Nous avons signalé le principe fécond qui domine l'ouvrage de M. Rostan et l'esprit dans lequel il a été conçu. Nous croyons en avoir assez fait l'éloge. L'auteur combat partout où il en trouve l'occasion l'esprit de système, qui tend à jeter la science dans des écarts funestes. Mais peut-être cette juste aversion pour les idées purement hypothétiques a-t-elle quelquefois exagéré à ses yeux les torts qu'on peut reprocher à l'école physiologique. Toujours est-il que, si l'on

doit à l'illustre fondateur de cette école d'avoir renouvelé la science, de l'avoir fait sortir de la fausse route dans laquelle elle était entraînée, M. Rostan aura le mérite d'avoir puissamment concouru à la sauver des excès auxquels l'emportait l'exagération de la réforme, d'avoir proclamé avec force et d'avoir fait sentir la nécessité de s'en tenir aux résultats immédiats de l'observation et de l'expérience. Du reste, quelque doctrine qu'on adopte, on s'accordera à louer la partie du *Cours de clinique* dans laquelle sont décrites les maladies; et l'on distinguera surtout celle où l'auteur a tracé les principes et les règles qui doivent présider à leur traitement. Tout ce que les divers travaux de ces derniers temps ont apporté de progrès dans la médecine, travaux auxquels ont tant coopéré M. Rostan lui même et les élèves sortis de l'école de la Salpétrière, est consigné avec exactitude dans son livre. Si l'élève ne peut mieux faire que de choisir cet ouvrage pour guide dans ses études cliniques, ce ne sera pas sans fruit qu'il sera consulté par le médecin-praticien qui veut se tenir au courant de la science. R. D.

Recherches et expériences sur l'asphyxie; lues à l'Académie royale des Sciences, par J. Leroy (*d'Etiolles*), *docteur en médecine de la Faculté de Paris, etc.; précédées du rapport fait à l'Académie par MM.* Duméril *et* Magendie. *Paris*, 1829, *in*-8.°, 78 *pp.*

Cette brochure se compose de deux mémoires lus à l'Institut en 1826 et 1828, dans lesquels l'auteur rapporte les expériences qu'il a faites pour apprécier la valeur des différens moyens proposés et employés contre l'asphyxie, et spécialement contre celle qui résulte de la submersion. Dans son premier examen M. L. avait montré que l'insufflation des poumons, pratiquée pour ranimer la respiration, pouvait avoir des suites funestes quand elle était faite sans ménagement, et surtout avec trop de force; il indiquait en même temps les moyens propres à proportionner la quantité d'air injecté à la capacité de la poitrine, et à déterminer la vitesse de la pénétration de l'air dans le poumon. Ce premier Mémoire renferme aussi les expériences de l'auteur sur le galvanisme employé pour rétablir le mécanisme de la respiration, avec ou sans le secours de l'insufflation de l'air. Dans le but de réveiller les contractions du diaphragme et de produire l'agrandissement de la poitrine, M. L. pratique sur plusieurs animaux la trachéotomie, et après avoir placé un tube dans la trachée-artère, il enfonce une aiguille à acupuncture dans chaque partie latérale du thorax, entre la 7.e et la 8.e côte. Il fait pénétrer ces aiguilles de quelques lignes seulement, de manière à atteindre les fibres du diaphragme. Les choses ainsi disposées, on souffle avec précaution par la canule,

en même temps qu'on met les conducteurs de la pile en contact avec les aiguilles; puis, on interrompt le courant et l'insufflation, et l'on presse légèrement sur l'abdomen pour favoriser l'expiration. A l'aide de cette manœuvre plus ou moins prolongée, M. L. a rappelé à la vie des animaux submergés depuis quatre et cinq minutes, et sur l'un d'eux le galvanisme seul a suffi ; mais ce moyen agit bien plus efficacement secondé de l'insufflation. Enfin, des pressions alternatives exercées sur le thorax et l'abdomen sont un agent non moins énergique pour ranimer la respiration. — Dans son second Mémoire, l'auteur rapporte de nouvelles expériences qui confirment ce que les premières avaient démontré sur les dangers qui résultent de l'insufflation brusque de l'air dans les poumons ; des recherches ultérieures lui ont fait voir que la mort est causée ordinairement par l'épanchement de l'air dans la cavité du thorax, par l'emphysème des poumons : dans aucun cas l'autopsie n'a laissé voir d'altération appréciable ou d'engorgement plus prononcé des organes respiratoires. Dans l'application que l'auteur fait du résultat de ses expériences au traitement de l'asphyxie chez l'homme, il apprécie les circonstances dans lesquelles l'insufflation doit être employée, et dans lesquelles on doit, au contraire, s'en abstenir. Il pense qu'on doit se garder de la mettre en usage chez les sujets dont la submersion est accompagnée de syncope. Mais c'est ici que le praticien manque de données précises, et nous ne pensons pas que les réflexions de l'auteur, d'ailleurs très-satisfaisantes en théorie, puissent dissiper l'incertitude qui existe encore sur ce sujet. Toutefois nous devons dire que les remarques consignées dans ce Mémoire jettent beaucoup de jour sur cette question; et sous ce rapport les *Recherches expérimentales sur l'Asphyxie* méritent de fixer l'attention. Elles prouvent, de la part de l'auteur, un esprit ingénieux dans l'art de diriger et de varier les expériences.

Manuel d'anatomie descriptive du corps humain, représentée en planches lithographiées ; par Jules Cloquet, *chirurgien-adjoint de l'hôpital Saint-Louis, professeur agrégé de la Faculté de Médecine, etc., etc.* (40.e, 41.e, 42.e livraisons.)

Les planches qui composent ces livraisons terminent l'artériologie et commencent la veinologie. Ces planches, remarquables par la netteté et l'exactitude du dessin, sont copiées d'après les figures publiées par Tiedemann, Haller, Walter, Loder, etc. L'auteur a pensé avec raison, que le mérite d'un ouvrage de ce genre devait moins consister dans l'originalité des dessins qui le composent que dans la réunion de tous ceux qui ont été publiés par les anatomistes les plus recommandables, et qui sont une représentation fidèle de la nature. La collection publiée par M. J. Cloquet acquiert ainsi de plus en plus

d'importance, et justifie la faveur avec laquelle on continue d'accueillir cet ouvrage important.

Anatomie analytique; 1.° tableau représentant l'axe cérébro-spinal chez l'homme, avec l'origine et les premières divisions qui en partent; 2.° tableau représentant le nerf grand sympathique; par P. J. Manec, *D. M. P., premier prosecteur de l'amphithéâtre général des hôpitaux. Chez M.me Auger-Méquignon, libraire.*

Il y a environ deux ans que M. Manec fit dessiner par M. Martin, et lithographier ensuite, une préparation de l'axe cérébro-spinal avec toutes les origines des nerfs. Le succès de cette première publication engagea M. Manec à entreprendre un travail à la fois plus étendu et plus délicat, puisqu'il s'agissait de montrer dans une seule planche, et dans leurs dimensions naturelles, le cordon principal et les branches du grand sympathique, depuis la cavité du crâne jusqu'au plexus hypogastrique. Malgré les difficultés qu'offrait une semblable entreprise, on ne peut se refuser de reconnaître que ce second travail est, sous tous les rapports, supérieur au premier.

Quoique l'usage des figures anatomiques soit un moyen toujours insuffisant, et quelquefois même dangereux de procéder à l'étude de l'organisation, cependant il est des parties dont la dissection est si épineuse et réclame tant de conditions favorables de la part du sujet et du préparateur, que bien peu de personnes pourraient espérer d'en acquérir une idée complète, si on n'avait la ressource des figures anatomiques. Le grand sympathique est certainement dans ce cas. Outre le degré convenable d'émaciation du sujet qui doit servir à la préparation, il faut encore une sorte d'intégrité des organes des cavités splanchniques, et lorsque toutes ces chances de succès sont réunies, on sait que, peu de temps après la préparation des plexus qui entourent les artères, les nerfs et les vaisseaux semblent se fondre dans une couleur commune, et qu'alors les yeux seuls du préparateur peuvent encore les distinguer les uns des autres. Pour éviter cet inconvénient, M. Manec a préalablement soumis à l'action de liquides aiguisés par l'acide nitrique les sujets qui ont été employés à ses dissections; par là, les nerfs, blanchis et gonflés, ont pu être copiés par le dessinateur (M. Jacob); et en admettant (ce dont je ne suis pas convaincu) que le crayon de ce dernier ait quelquefois flatté la préparation, il est facile de voir cependant qu'elle a été exécutée par M. Manec avec infiniment de talent et de bonheur. Ceux qui désireront, sans sortir de leur cabinet, étudier ou repasser l'anatomie de Jacobson, les nerfs cardiaques ou les plexus abdominaux, trouveront dans la figure publiée par M. Manec ce qu'ils n'avaient sans doute découvert qu'avec peine à la pointe de leur scalpel. Ils admireront surtout la prépara-

tion du faisceau de nerfs qui, provenant d'un ganglion placé devant l'aorte, vont se jetter dans le plexus hypogastrique. Les lithographies dont nous venons de parler sont accompagnées d'un texte explicatif qui en facilite l'intelligence. BÉRARD aîné.

Abrégé élémentaire de chimie, considérée comme science accessoire à l'étude de la médecine, de la pharmacie et de l'histoire naturelle; par A. L. LASSAIGNE, *professeur de chimie à l'Ecole royale vétérinaire d'Alfort. Paris*, 1829. *In*-8.° 2 *vol. de XIX*-1160 *pages, avec atlas. Chez Béchet jeune.*

M. Lassaigne a suivi presque en entier dans cet ouvrage le plan adopté depuis quinze ans à l'école d'Alfort pour l'enseignement de la chimie, et en effet c'est celui qui paraît le plus convenable. Comme dans la plupart des traités de chimie, il divise les corps simples en deux sections, les corps combustibles non métalliques et les corps combustibles métalliques, qu'il décrit successivement. Il fait suivre l'histoire de ces derniers de celle des composés qu'ils peuvent former entre eux, de telle sorte qu'en parlant de chacun d'eux il indique tous les corps composés auxquels ils peuvent donner naissance en se combinant avec ceux déjà étudiés. — La même marche est appliquée à l'étude des métaux. Cette partie de l'ouvrage est précédée d'un chapitre particulier relatif aux proportions suivant lesquelles ils se combinent; on y trouve la définition de ce qu'on entend en chimie par nombres proportionnels, et l'exposition des principes fondamentaux de la théorie atomique. — Le mode d'extraction et les propriétés de chaque corps simple sont indiqués et décrits avec une exactitude et un soin remarquables; on en peut dire autant de la préparation, des propriétés et des composés; aussi, sous ce rapport, l'ouvrage de M. Lassaigne est-il un des meilleurs traités que possède la science, et peut-être le plus élémentaire de tous ceux parus jusqu'à ce jour. Le texte est accompagné de six grandes planches représentant les principaux appareils de chimie, et de quinze tableaux synoptiques où sont figurés, avec leurs couleurs naturelles, les précipités formés par les réactifs dans les solutions des sels métalliques employés en médecine. Cette idée est heureuse, et concourra certainement au succès que mérite d'ailleurs le livre de M. Lassaigne sous tout autre rapport.

Nota. Le défaut d'espace ne nous a pas permis de donner la table de ce volume. Nous la joindrons à l'un des prochains Numéros.

FIN DU VINGT-UNIÈME VOLUME.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE VINGT-UNIÈME VOLUME DES ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

FIN DE LA TABLE.

IMPRIMERIE DE MIGNERET, RUE DU DRAGON, N.°

